



Sous la direction du Professeur Daniel Stoecklin

Consommation de drogues et droits de l'enfant :

Exploration d'un champ encore méconnu

MÉMOIRE – Orientation recherche

Présenté à
l'Unité d'Enseignement et de Recherche en Droits de l'enfant
de l'Institut Universitaire Kurt Bösch
pour l'obtention du grade de Master of Arts Interdisciplinaire en droits de l'enfant

par

Pauline VULLIEMIN

de

Yverdon-les-Bains, Vaud

Mémoire No

SION

Juin, 2012

Résumé

La consommation de produits psychotropes touche une proportion importante de la jeunesse. Il s'agit d'un problème complexe où interviennent de nombreux paramètres, tant au niveau des facteurs favorisant que des conséquences de leur utilisation.

La Convention relative aux droits de l'enfant contient plusieurs articles et principes qui s'appliquent à cette problématique et qui concernent tous les niveaux de prévention. Ce travail de recherche interdisciplinaire recense la place accordée aux droits de l'enfant dans les publications sur la consommation de drogues par une revue de la littérature. Cette démarche ouvre de nouvelles pistes de réflexion, notamment sur la prise en charge de ce problème.

Mots clés

Consommation de drogues

Droits de l'enfant

Prise en charge

Interdisciplinarité

Remerciements

Je tiens à remercier mon Directeur de mémoire, le Professeur Daniel Stoecklin, pour ses précieux conseils et sa disponibilité.

Un grand merci également à Monsieur Jean Zermatten, Président du Comité des droits de l'enfant à l'ONU et Directeur de l'Institut international des droits de l'enfant à Sion, pour sa relecture et ses commentaires enrichissants.

Merci enfin à mes parents pour leur soutien indéfectible tout au long de mon parcours.

Liste des abréviations

CDE	Convention relative aux droits de l'enfant
CP	Code pénal
CRC	Comité des droits de l'enfant
DPMIn	Droit pénal des mineurs
LStup	Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes
OASup	Ordonnance relative à l'addiction aux stupéfiants
OCStup	Ordonnance sur le contrôle des stupéfiants
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OICS	Organe international de contrôle des stupéfiants
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations Unies
OTStup-DFI	Ordonnance sur les tableaux des stupéfiants
UE	Union européenne
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Table des matières

1.	Présentation du sujet/introduction	1
1.1	Définition.....	1
1.2	Contexte suisse et international	3
1.2.1	Situation en Europe.....	4
1.2.2	Situation en Suisse	6
1.3	Cadre théorique.....	10
1.3.1	Historique des droits de l'enfant	17
1.3.2	Les droits de l'enfant dans la CDE.....	18
1.3.3	La consommation de drogues dans la CDE.....	19
2.	Problématique.....	20
3.	Facteurs qui contribuent à la toxicodépendance	21
1.4	L'adolescence, transition vers l'âge adulte.....	21
1.5	Facteurs favorisant l'apparition de la toxicodépendance	24
1.5.1	Facteurs individuels.....	25
1.5.2	Facteurs psychosociaux.....	26
1.5.3	Les références identitaires	30
1.5.4	Facteurs sociaux et économiques	32
1.6	Synthèse.....	33
4.	Installation de la dépendance	34
5.	Conséquences de la consommation de drogues	38
1.7	Conséquences personnelles	38
1.7.1	Santé.....	38
1.7.2	Education.....	40
1.7.3	Sociales.....	40
1.7.4	Pénales	41
1.8	Conséquences sur l'entourage.....	41

1.8.1	Famille.....	41
1.8.2	Société.....	42
6.	Réponses face à la consommation des enfants	44
1.9	Contexte suisse	44
1.10	Prévention.....	49
1.10.1	Présentation des différentes stratégies de prévention.....	49
1.10.2	Prévention et droits de l'enfant	50
1.11	Répression.....	57
1.11.1	Le droit pénal des mineurs en Suisse	57
1.11.2	Les jeunes adultes	61
7.	Conclusion	62
8.	Références bibliographiques	65

1. Présentation du sujet/introduction

Le sujet de ce travail porte sur les droits de l'enfant en lien avec la consommation de produits illicites. Parmi les enfants, ce sont les adolescents qui sont les plus touchés par ce problème. La grande majorité des recherches en lien avec les addictions et la jeunesse s'intéressent aux deux problèmes majeurs que sont le tabac et l'abus d'alcool, alors que les drogues illégales sont un thème nettement moins abordé, et quasi inexistant dans la littérature sur les droits de l'enfant. On peut citer des auteurs qui abordent la question de la drogue dans un autre contexte, comme Lucchini (1992) dans le cadre des enfants des rues, ou encore Brisson (2010) qui le fait dans une perspective des droits de l'enfant mais sans en faire mention.

Ces différentes constatations ont motivé la question de recherche de ce travail, soit la place des droits de l'enfant dans la littérature sur la consommation de drogues. Cependant, au fil de la revue de littérature, les références aux droits de l'enfant se sont révélées lacunaires ; cette question a alors évolué vers une interrogation différente : qu'est-ce qu'une perspective fondée sur les droits de l'enfant pourrait amener à un sujet tel que la consommation de drogues ?

La littérature au sujet des droits de l'enfant en relation avec la toxicomanie parentale est plus volumineuse, mais la plupart des écrits se placent dans l'optique de la protection de l'enfant plutôt que dans celle de sa participation. Les problèmes néonataux de sevrage chez les enfants de mère toxicodépendante ne seront pas abordés dans ce travail. Le volet du trafic de drogues ne sera pas non plus traité, car ce vaste sujet mériterait une étude séparée en lien avec les droits des enfants.

Dans une première partie, les termes importants pour ce travail, le contexte suisse et international ainsi que le cadre théorique seront définis, avant de présenter plus précisément la problématique.

1.1 Définition

La définition de la toxicodépendance peut différer selon l'approche utilisée. La terminologie même varie d'un auteur à l'autre, ce qui ne simplifie guère la délimitation du problème. Les termes les plus couramment utilisés sont ceux de

l'addiction (anglicisme souvent synonyme de dépendance), de la toxicomanie et de la toxicodépendance.

L'origine du mot toxicomanie vient du grec *toxikon*, qui signifie poison, et de *mania*, la folie (Richard, Senon et Valleur, 2004). Le suffixe « manie » trahit une dimension d'abord psychopathologique. L'OMS¹ définit la toxicomanie comme un état de dépendance, physique ou psychique, qui résulte de l'action d'un produit sur le système nerveux central. L'état de dépendance est généralement mesuré à l'aide des critères du DSM-IV (American Psychiatric Association, 2004). Le degré de consommation est classifié par l'OMS en *peu problématique* (à faible dose et occasionnelle), *problématique* (on parle d'« abus », l'usage est nocif, à risque), ou *addiction* (ou *dépendance*) si elle mène à une perte de contrôle, bien que les risques et problèmes encourus soient connus de la personne. Ces derniers termes sont préférés par l'OMS à celui de toxicomanie, trop imprécis (Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, 2002). En effet, la toxicomanie « se réfère aux termes de pharmacodépendance, de stupéfiants, d'accoutumance, qui sont d'ailleurs des notions subjectives, liées à un contexte social, à des choix de société, à une époque » (Fragnière & Girod, 1998, p. 202), et la valeur de sa définition ne s'obtient qu'à travers les normes de la société en question. Notons que les valeurs peuvent varier encore considérablement au sein d'une même société. Par exemple, la lutte contre les toxicomanies oppose des valeurs centrales ; d'un côté celle de l'abstinence, avec l'interdit qui en découle, et de l'autre celle de la dignité humaine et du respect de la liberté personnelle. Pour les défenseurs de cette dernière, la lutte contre la toxicomanie doit être distinguée de la répression du toxicomane et du risque d'exclusion qui en résulte. La toxicomanie est donc abordée ici comme une construction sociale qui évolue dans le temps et l'espace. La réduire à une maladie ne prendrait pas en compte sa complexité (Lucchini, 1985).

Dans un but de simplification, ce travail utilisera indifféremment les termes de dépendance, d'addiction et de toxicodépendance, en ignorant les connotations dont certains auteurs les affublent, mais sans nier la complexité du phénomène.

La toxicodépendance est rare chez les enfants, qui sont surtout exposés à une consommation expérimentale ou récréative, moins grave (Gulotta, Adam, &

¹ http://www.who.int/topics/substance_abuse/fr/, page consultée le 27 mars 2012.

Montemayor, 1995; Barrett & Veerman, 2012). Parler de consommation n'implique donc pas forcément d'abus ou de dépendance à une substance.

1.2 Contexte suisse et international

Dans les sociétés anciennes, la consommation de substances toxiques était généralement intégrée dans la vie communautaire et avait une fonction rituelle. Ce comportement était donc socialement contrôlé et limité temporairement, contrairement à ce qui se passe dans nos sociétés modernes, où il est le plus souvent individuel, très répandu et chronique. La délinquance et les coûts sociaux associés à la toxicodépendance en font un problème social et éthique qui concerne la société dans son ensemble. Les Etats ont ainsi été amenés à agir au niveau normatif. Ce problème exige également de prendre des mesures d'assistance ou de contrôle à différents niveaux, tels que médical ou pénal (Lucchini, 1985). L'OMS souligne qu'une bonne politique en matière de toxicomanie nécessite une coordination des diverses administrations au niveau de la prise en charge, de la prévention et des autres actions. Toujours selon l'OMS, une telle politique doit être globale et rassembler toutes les substances addictives : les substances psychotropes, l'alcool, et les médicaments².

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), dont le siège est à Lisbonne, a été fondé en 1993 pour faire face aux problèmes croissants liés à l'usage et au trafic de drogues illicites. Sa mission est de récolter des informations scientifiques indépendantes et fiables, ainsi que des données sur le phénomène de la drogue en Europe. Il s'appuie sur le réseau Reitox, constitué de correspondants nationaux dans chaque pays de l'Union européenne (UE) qui transmettent les données des observatoires nationaux à l'OEDT. L'Observatoire collabore également avec d'autres organisations européennes et internationales pour avoir une vision d'ensemble au niveau mondial. On peut citer notamment l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), créé par la Convention unique sur les stupéfiants de 1953. Différents traités axés sur le contrôle des drogues l'ont précédé déjà à l'époque de la Société des Nations. Cet organe de contrôle indépendant a pour

² http://www.who.int/mental_health/evidence/en/Atlas_3_4_fre.pdf, page consultée le 15 janvier 2012.

mandat de faire des recommandations à la Commission sur les narcotiques par rapport aux substances à inclure dans les annexes des conventions, ainsi que la surveillance de la mise en œuvre des traités internationaux concernant le contrôle des drogues. Les fonctions de l'OICS sont énoncées dans les trois traités principaux suivants: la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, la Convention de 1971 sur les substances psychotropes, et la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988. Ces trois conventions forment un système de réglementation qui restreint l'usage des substances psychotropes aux fins médicales et scientifiques. Les enfants ne sont mentionnés que dans la Convention de 1988, qui invoque leur protection pour justifier certains aspects légaux et politiques de la drogue, mais leurs droits ou leurs besoins particuliers sont des aspects qui ont généralement été négligés (Barrett & Veerman, 2010).

1.2.1 [Situation en Europe](#)

L'OEDT souligne l'importance mondiale du trafic et de la consommation de drogues illicites, qui constituent une menace pour la santé et la stabilité sociale. En Europe, selon ses statistiques, un jeune sur trois a déjà consommé de la drogue et au moins un Européen meurt chaque heure d'une overdose. L'évolution incessante de l'offre et de la demande requiert de plus « un suivi constant et des réponses dynamiques » (OEDT, 2011). L'Observatoire fait une distinction entre les drogues et relève leur prévalence.

- Le cannabis, qui est la substance illicite la plus courante en Europe, est utilisé principalement par les adolescents et les jeunes adultes (15-34 ans), et le pic de prévalence en 2010 a été observé chez les 15-24 ans dans la quasi totalité des pays. Elle est généralement plus élevée chez les garçons que chez les filles. Cet écart entre les sexes diminue chez les jeunes scolarisés (OEDT, 2011).
- L'ecstasy ou les amphétamines sont, dans de nombreux pays européens, la deuxième substance la plus couramment utilisée. Les consommations de diéthylamide d'acide lysergique (LSD) et de champignons hallucinogènes sont quant à elles généralement stables et faibles depuis plusieurs années (OEDT, 2011). L'utilisation de drogues de synthèses, souvent accompagnées d'une absorption d'alcool, est constatée la plupart du temps dans les milieux

festifs. Cette consommation prédomine chez les jeunes et dans certains sous-groupes ou milieux spécifiques (zones urbaines et groupes socialement exclus). Chez les élèves de 15 et 16 ans des pays de l'UE, la prévalence de leur consommation au cours de la vie varie selon les pays de 0% (LSD) à 8% (amphétamines) (OEDT, 2011).

- La cocaïne est également très répandue, surtout dans les pays de l'Europe de l'Ouest, mais sa consommation varie considérablement d'un pays à l'autre. Elle concerne surtout les jeunes hommes (15-34 ans) (OEDT, 2011), clivage sexuel qui pourrait provenir de facteurs sociaux (représentations des genres) qui sont susceptibles d'être modifiés à l'avenir (Becker & Hu, 2008). Les femmes seraient plus vulnérables à l'amphétamine et à la cocaïne, dont les doses augmenteraient plus rapidement et dont la consommation serait plus ardue à arrêter. Cela pourrait être dû au cycle hormonal qui exacerberait, selon les phases, la sensibilité des femmes aux effets gratifiants des drogues psychoactives (Becker & Hu, 2008). La moyenne européenne des jeunes adultes (15-34 ans) qui en ont consommé au moins une fois dans leur vie est de 5,9%. Chez les étudiants de 15-16 ans, la prévalence au cours de la vie varie de 1 à 5%. On note une hausse de la consommation atteignant 9% dans la classe d'âge des 17-18 ans en Espagne (OEDT, 2011). Que la consommation soit occasionnelle ou régulière, le profil des usagers est très varié. Certains, qui sniffent de manière régulière, font preuve d'une meilleure intégration sociale que ceux qui s'injectent le produit ou consomment du crack, et sont généralement dépendants et marginaux (OEDT, 2011).
- Enfin, l'héroïne, et plus précisément son injection, représente un des majeurs problèmes sociaux. Sa morbidité et mortalité sont plus élevées que pour les autres drogues. Une baisse de son utilisation a été observée vers la fin du XX^{ème} et le début du XXI^{ème} siècle, mais les tendances actuelles semblent difficiles à établir (OEDT, 2011).

1.2.2 Situation en Suisse

La politique en matière de drogue choisie par la Suisse entre 1998 et 2007 est analysée dans un rapport de recherche de Peter Reuter et Domenic Schnoz (2009)³. Il en ressort que l'usage de cannabis chez les adolescents a d'abord longtemps augmenté depuis le début des années 80, avant de fortement diminuer dès 2005. En ce qui concerne l'héroïne, elle a longtemps été le problème majeur de la Suisse, mais à nouveau on a pu assister à un recul de sa consommation. L'âge de la population sous traitement a en outre tendance à augmenter, et l'état général de santé des personnes dépendantes s'est amélioré. Le problème principal lié à la consommation d'héroïne a été son apparition sur la scène publique, surtout dans les grandes villes, qui a fortement inquiété la population. La répression focalisée sur le trafic public plutôt que privé et l'apparition des locaux d'injection ont toutefois conduit à une régression de ce phénomène. Il faut mentionner de plus que la prescription de méthadone comme traitement de la dépendance engendre encore aujourd'hui de nombreux débats.

On assiste par contre à une hausse de la consommation de cocaïne depuis la fin du XX^{ème} siècle. Bien qu'elle ait été freinée ces dernières années, les services de police soulignent qu'il devient plus difficile de l'estimer, du fait que son usage se cantonne de plus en plus à la sphère privée.

On n'a par contre pas constaté d'augmentation significative de la consommation de drogues récréatives, qui faisait l'objet d'une grande préoccupation il y a une vingtaine d'années.

Actuellement, le cannabis est la substance illicite la plus consommée par les jeunes Suisses. Jeanrenaud, Widmer et Pellegrini (2005) soulignent que, depuis 1986, son usage a quadruplé chez les jeunes de 15 ans. Globalement, la proportion des jeunes consommateurs est plus élevée chez les garçons. Selon l'étude HSBC (Health Behaviour in School-aged Children) de 2010, 71% des jeunes de 15 ans affirment n'en avoir jamais consommé, tandis que 7% disent en avoir un usage régulier (Windlin, Delgrande Jordan, & Kuntsche, 2011). L'étude relève également que les motifs de consommation les plus souvent mentionnés sont ceux de renforcement social (plus

³ Voir également à ce sujet le commentaire de Martin Killias, disponible en PDF à l'adresse <http://www.infoset.ch/f/politique/>, page consultée le 12 février 2012.

de la moitié des jeunes consommateurs), de coping⁴ (environ un tiers à la moitié) et de conformité (10% des jeunes utilisateurs).

Pour les autres substances psychoactives, les chiffres sont relativement bas chez les jeunes de 15 ans qui ont utilisé au moins une fois l'une ou l'autre de ces substances. Ils varient entre 3% pour le plus haut (consommation de cocaïne chez les jeunes filles) et 0.7% pour le plus bas (consommation d'opium et d'héroïne chez les jeunes filles). Dans l'ordre décroissant des substances essayées, on trouve la cocaïne, puis les champignons hallucinogènes, l'ecstasy, les amphétamines/speed, le LSD, et enfin l'héroïne/opium. Les proportions sont plus élevées chez les jeunes garçons, sauf pour la cocaïne, mais les différences entre les genres sont faibles. Les auteurs de l'étude relèvent la difficulté à récolter de telles informations, et citent particulièrement l'effet dit de désirabilité sociale, qui expliquerait que les réponses soient conformes à la fois à l'environnement de l'individu, aux exigences légales, ainsi qu'aux attentes perçues des personnes qui effectuent l'enquête (Windlin, Delgrande Jordan, & Kuntsche, 2011). Barrett et Veerman (2012) rendent également attentifs au fait que les études faites dans le cadre de l'école ne prennent pas en compte les enfants qui n'y sont pas et qui présentent justement un risque plus élevé de consommer de la drogue.

Au niveau légal, la Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes (Loi sur les stupéfiants, LStup [812.121]) s'applique aux produits qui figurent dans la liste des stupéfiants⁵, et non à partir d'une définition de la drogue. Elle a pour objectifs la prévention, la réglementation, la protection des conséquences liées à l'addiction, la préservation de la sécurité et de l'ordre publics, ainsi que la lutte contre les actions criminelles liées au trafic et à la consommation de substances psychoactives. Elle a subi diverses révisions suite notamment à la signature de plusieurs traités internationaux, comme la Convention unique des Nations Unies sur les stupéfiants datant de 1961 et entrée en vigueur en 1996 en Suisse [RS 0.812.121.01] qui, comme déjà vu, réglemente la consommation et le marché des stupéfiants et limite leur utilisation aux domaines scientifique et médical. La Convention sur les substances psychotropes de 1971 est pour sa part entrée en vigueur en 1996 pour la Suisse [RS 0.812.121.02], et celle contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances

⁴ Manière dont l'individu fait face à des situations stressantes.

⁵ La liste des stupéfiants, des substances psychotropes, des précurseurs et des adjuvants chimiques est établie par le Département fédéral de l'intérieur, qui se fonde sur les recommandations des organisations internationales compétentes

psychotropes conclue à Vienne en 1988 est entrée en vigueur en 2005 en Suisse [RS 12.121.03].

La dernière révision de la LStup date du 1^{er} juillet 2011 et ancre la politique des quatre piliers (prévention, thérapie, réduction des risques, répression) dans la loi sur les stupéfiants. L'accent a également été mis sur la protection de la jeunesse. Le principe du dépistage précoce permet aux services de l'administration et aux professionnels qui travaillent dans le domaine de l'éducation, de l'action sociale, de la santé, de la justice et de la police, de signaler aux institutions de traitement ou aux services d'aide sociale compétents les cas d'enfants ou d'adolescents qui souffrent ou sont susceptibles de souffrir de troubles liés à l'addiction (OFSP⁶).

Parmi les nouvelles ordonnances, celle sur les troubles de l'addiction (Ordonnance relative à l'addiction aux stupéfiants et aux autres troubles liés à l'addiction, OASTup [RO 2011]) régit :

- a. les mesures visant à prévenir la consommation problématique de substances psychoactives et les troubles liés à l'addiction;*
- b. les thérapies et les mesures de réinsertion destinées aux personnes présentant des troubles liés à l'addiction;*
- c. les mesures visant à réduire les risques chez les personnes présentant des troubles liés à l'addiction et à leur apporter une aide à la survie;*
- d. les autorisations exceptionnelles visées à l'art. 8, al. 5, 6 et 8, LStup et les contrôles y afférents;*
- e. la promotion de la recherche, la formation, le perfectionnement, la formation continue et l'assurance qualité dans le domaine des addictions;*
- f. la Commission fédérale pour les questions liées à l'addiction.*

Citons encore l'Ordonnance sur le contrôle des stupéfiants (OCStup) [812.121.1] et l'Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (DFI) sur les tableaux des stupéfiants, des substances psychotropes, des précurseurs et des adjuvants chimiques (Ordonnance sur les tableaux des stupéfiants, OTStup-DFI [812.121.11]).

Une étude de l'Office fédéral de la statistique (OFS) datant de 2005 présente un compte-rendu de cinq années de statistiques dans le domaine des jugements

⁶ <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/02942/02949/index.html?lang=fr>), page consultée le 15 avril 2012.

pénaux des mineurs (1999-2003) pour la classe d'âge de 7 à 18 ans. Ses résultats montrent que la majorité des jugements de ces mineurs ont trait à la consommation de stupéfiants ou à un vol. Les infractions à la loi sur les stupéfiants représentent 36% des jugements, et 88% de ces cas sont relatifs à la consommation. Les sanctions les plus fréquentes sont l'amende sans sursis, les travaux d'intérêt général et la réprimande. On peut encore noter que, en 2003, ce sont les adolescents (entre 15 et 18 ans) qui sont majoritairement représentés dans les jugements pénaux (80%), et parmi ceux-ci, 82% sont de sexe masculin.

Plus récemment, des statistiques de 2010⁷ confirment ces tendances. Sur 4305 jugements pénaux liés à la consommation de stupéfiants, 86% concernaient des mineurs de sexe masculin, et la quasi-totalité (92%) avait plus de 15 ans. Les étrangers ne représentent quant à eux que le 6% des jugements. Pour ce qui est du trafic de stupéfiants (569), le sexe masculin est à nouveau largement majoritaire (90%), ainsi que les plus de 15 ans (92%). La part d'étrangers est par contre plus élevée (29%). Enfin, les infractions liées à la consommation de stupéfiants représentent 27.5% de la totalité des jugements pénaux des mineurs, alors que celles liées au trafic de stupéfiants n'en concernent que 3.6%.

Il faut bien sûr considérer ces chiffres avec prudence, car comme le rappelle l'OFS (2005), les infractions ne deviennent socialement visibles que dans le cas où elles sont découvertes ou qu'une plainte est déposée. Il faut que les autorités de surveillance pénales puissent s'en saisir et cela va dépendre de plusieurs facteurs, dont la fréquence des contrôles et des opérations de recherche de stupéfiants. Ensuite, l'aboutissement à un jugement va encore dépendre de la gravité de l'infraction et de la possibilité ou non de classer l'affaire selon le principe de l'opportunité⁸. Comme le montrent les recherches en criminologie, la plupart des infractions restent invisibles. Le document de l'OFS (2005) relate également la hausse du nombre d'adolescents poursuivis pénalement et souligne l'impact des changements sociaux dans ce phénomène ; l'accroissement de la mobilité, l'anonymisation dans les milieux urbains et d'autres facteurs provoqueraient l'augmentation des opportunités pour commettre des infractions. Ces éléments rappellent ce que Cusson a développé avec le « système de l'opportunité ». Ce

⁷http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/19/03/04/key/straftaten/haeufigste_de_likte.html, page consultée le 15 avril 2012.

⁸ Principe de procédure pénale, selon lequel le choix est pris de poursuivre ou non une personne suspectée d'avoir commis une infraction. Un classement sans suite peut donc être décidé.

dernier est constitué de trois éléments qui sont les ressources propres de l'acteur, les occasions d'agir rencontrées, et ses intentions ou objectifs. Les changements sociaux évoqués influenceraient ainsi chaque élément. Le jeune développe en effet de nouvelles ressources et occasions d'agir au travers des nouvelles technologies et de ses rencontres avec d'autres acteurs. Par conséquent, ses intentions peuvent être modifiées.

1.3 Cadre théorique

Le système social est formé de trois composantes : la culture, la personnalité sociale, et la structure sociale. La relation entre la culture et la personnalité sociale est médiée par un processus de socialisation. Autrement dit, l'individu est socialisé selon les normes et les valeurs de la culture dans laquelle il se trouve. La personne s'intègre ensuite dans une structure sociale, qui est un groupe régi par des rapports de force. La façon dont est expliqué le mouvement de l'histoire, définie par le terme d'historicité, va influencer les valeurs et les normes culturelles, donc la culture.

Il existe trois paradigmes principaux, qui se réfèrent à trois ordres sociaux différents⁹ :

- Le culturalisme, d'abord, considère que la culture est la source principale d'influence sur la personnalité sociale. Dans cette optique, la culture est le déterminant des comportements et c'est au travers de ses normes et valeurs que l'enfant se socialise. La personnalité sociale intériorise les normes et les valeurs de la culture et s'adapte ensuite à la structure sociale. Elle entre alors dans des rôles très définis. Vient enfin un équilibre entre la structure sociale et la culture.
- Le structuralisme, ensuite, considère également que le processus de socialisation permet à l'individu d'intérioriser la culture, mais pose la structure sociale comme l'élément déterminant du système. Ce sont donc les rapports de pouvoir qui dominent la culture. Cette dernière est elle-même déjà le produit de la domination et du pouvoir qui se dégagent de la structure sociale et, dans une optique critique, on peut dire que l'intériorisation de la culture est comparable à une aliénation de la personnalité sociale. En d'autres mots, ce que les gens pensent comme étant leur culture est en fait l'empreinte de la culture de certains groupes qui ont réussi à imposer leurs

⁹ Cours « Sociologie de l'enfance » du Professeur Daniel Stoecklin, automne 2010, MIDE.

normes et valeurs, et que les individus vont ensuite accepter comme légitimes. Ces deux premières approches sont donc de type déterministe et ne prennent pas en compte la capacité des individus à moduler leur environnement.

- Finalement, l'interactionnisme, comme son nom l'indique, part d'une situation d'interaction entre l'individu et la culture pour expliquer son comportement dans une situation donnée. Cette perspective permet d'échapper au déterminisme précédemment explicité. Les interactionnistes s'intéressent aux situations concrètes, spécifiques, et non à la culture comme terme général. L'individu adopte les normes et valeurs qui lui semblent convenir à la situation donnée, donc s'il y a un changement de contexte, il peut y avoir également un changement de normes. Cela se fait de manière inconsciente. La réalité est abordée comme une construction symbolique. En effet, la personnalité sociale comporte des caractéristiques inhérentes à l'être humain ; ce sont les compétences symboliques, la pensée symbolique, la capacité de représentation. C'est la représentation qu'on se fait de la situation qui dicte notre comportement. Notons que la représentation peut être parfois fausse, ce qui peut conduire à des situations de malaise ou d'humiliation. Cette approche rappelle le théorème de Thomas, qui stipule que lorsque les gens se représentent une situation comme réelle, même si celle-ci ne l'est pas, elle le devient dans ses conséquences. L'interactionnisme prend en compte la réflexivité de l'individu. Ce dernier peut se distancier, prendre du recul face aux normes et valeurs culturelles, et les considérer comme plus ou moins appropriées. Cette réflexivité permet de s'adapter au contexte. Dans cette approche, l'individu non seulement s'insère dans la culture au travers de sa réflexivité, mais il entre également en interaction avec la structure sociale. La personnalité sociale peut ainsi faire évoluer la structure, et c'est là que se trouvent ses marges de manœuvre.

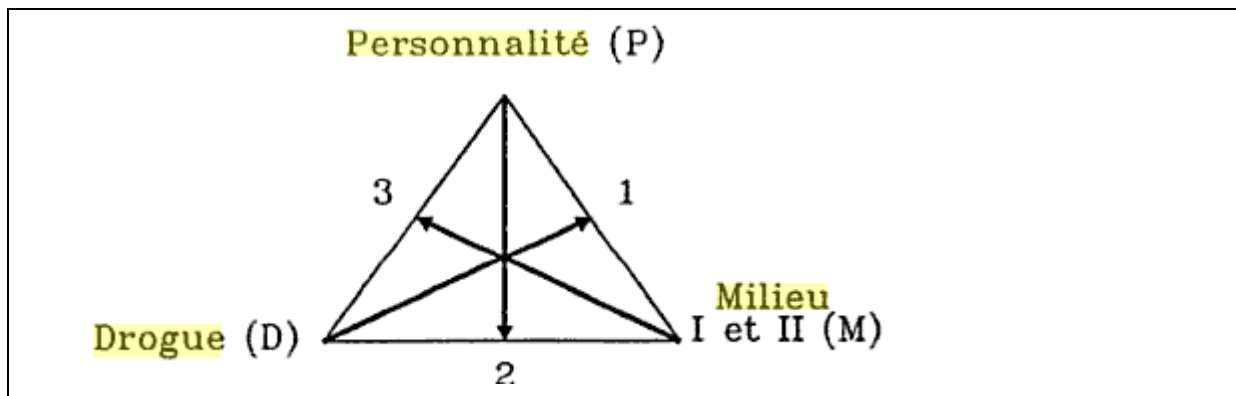
Combiner ces trois approches du contrôle social permet de prendre en compte différents aspects de la réalité. Ces divers éclairages seront repris dans l'analyse de la situation particulière de la consommation de drogues.

La volonté d'étudier le problème de la dépendance sous l'angle de la causalité simple a donné lieu à une explication centrée d'abord sur le produit (la drogue est responsable de la création du drogué), puis sur la société (l'environnement social crée la toxicomanie), et enfin sur la personne (la consommation est la mise en lumière de problèmes de santé mentale préexistants). Le débat va être élargi par l'apparition d'un modèle plus complexe, élaboré par Olievenstein, qui sert encore aujourd'hui de cadre de référence dans la problématique des addictions et qui a participé au développement des concepts bio-psycho-sociaux largement utilisés de nos jours. La dépendance s'inscrit dans un processus complexe qui, schématisé sous forme d'un triangle, conceptualise l'interaction entre l'individu, son environnement et le produit. Cette triade permet de prendre en compte les besoins, les ressources et autres particularités de la personne, son contexte de vie et ses représentations sociales, ainsi que les caractéristiques biochimiques du produit addictif. La dépendance n'est donc plus la conséquence d'un choix individuel, mais le résultat de l'interaction entre la personne, l'environnement socioculturel et le produit. Les individus n'auraient ainsi pas tous la même vulnérabilité face à la dépendance.

Cette approche a été reprise dans plusieurs travaux, dont ceux de Lucchini, et plus particulièrement dans son ouvrage « Drogues et Société » (Lucchini, 1985). Elle est intéressante, car elle permet d'étudier la toxicodépendance en faisant dialoguer différentes disciplines, telles que la psychologie, la sociologie et le droit. Leur interaction permettra de dépasser la frontière disciplinaire et d'éviter le piège d'« isoler la discipline par rapport aux autres et par rapport aux problèmes qui chevauchent les disciplines » (Morin, 2003, p.5). Dans le cadre de ce travail, l'interdisciplinarité sera ainsi privilégiée.

Lucchini (1985) présente la nature de la toxicodépendance comme de type systémique. La particularité de cette approche est de mettre l'accent sur l'interdépendance des éléments du système, c'est-à-dire que si un facteur influence l'un des éléments, cela aura un impact sur tous les éléments du système (Ausloos, 1995). Lucchini illustre cela au travers de la triade constituée par les relations entre la personnalité de l'individu dépendant, la drogue consommée et le milieu dans lequel il évolue.

Figure 1 : Illustration de la nature systémique de la toxicodépendance au travers de la triade Personnalité – Drogue-Milieu (Lucchini, 1993, p. 170).



Milieu I = milieu d'origine

Milieu II = scène de la drogue

Plusieurs triades peuvent être repérées derrière la genèse du comportement toxicodépendant. Elles marquent les stades de socialisation par lesquels l'individu passe durant l'évolution qui le conduit à la dépendance, et les relier entre eux permet d'expliquer les « mécanismes d'adaptation du toxicomane face aux problèmes d'identité qui l'oppressent » (Lucchini, 1985, p. 120). La progression vers la dépendance n'est pas prévisible, et le parcours de vie qui mène un individu à la toxicodépendance est jalonné d'une grande part de hasard. Les relations au sein de la triade sont multiples et complexes, mais différentes approches s'intéressent en particulier à l'une ou l'autre partie du système. Les approches pharmacologiques et biochimiques, premièrement, mettent l'accent sur les drogues, leur composition, leurs effets, conditions de production, de transformation et de commercialisation. L'individu qui consomme est considéré comme l'objet des effets de la drogue et comme peu impliqué dans l'évolution vers la toxicodépendance. Une seconde approche s'intéresse aux conduites de l'individu qui le mènent à la rencontre avec le produit et à sa consommation. Ici, les conduites de toxicodépendance sont considérées comme le résultat d'un apprentissage actif du sujet, et le lien entre l'utilisateur et le produit comme la conséquence de plusieurs expériences en lien avec les effets de la drogue. Troisièmement et dernièrement, l'évolution de ce lien est également à mettre en relation avec le contexte social de l'utilisation de la drogue, ainsi que les réactions de l'entourage (Lucchini, 1985).

Comme déjà mentionné au début de ce travail, définir la toxicodépendance n'est pas aisé. On peut y repérer six aspects différents : médico-pharmacologique, légal, socioculturel, économique, psychique et psychiatrique (Lucchini, 1985). La tendance actuelle est de considérer la toxicomanie comme un problème à la fois social, centré sur un groupe minoritaire déviant, et médical, où le consommateur est traité comme un patient. L'utilisation d'un produit peut inclure la combinaison de deux aspects seulement, comme lorsqu'un individu consomme du cannabis à une seule occasion. Dans ce cas, seuls les aspects pharmacologique et légal sont impliqués (on ne s'intéresse qu'aux effets biochimiques d'un produit dont la consommation est prohibée par la loi). A l'autre extrême, un polytoxicodépendant présentant des troubles psychiques cumulerait tous les aspects (Lucchini, 1985). Il y aurait un intérêt certain à disposer d'un continuum entre un modèle d'individu qui cumulerait toutes les dimensions et un autre qui n'aurait qu'une consommation occasionnelle et récréative. Lucchini (1985) relève que les mécanismes qui sont à la base de l'évolution du comportement toxicodépendant pourraient être identifiés, mais il manque malheureusement trop d'éléments pour disposer d'une théorie intégrée de la toxicomanie. En effet, non seulement les possibilités de combinaisons sont multiples, mais la nature de chaque composante est extrêmement variée. Pour ne prendre que deux exemples de Lucchini (1985), l'impact de l'aspect socioculturel va dépendre de la spécificité de la structure sociale dans laquelle se trouve le consommateur, tandis que les conséquences médico-pharmacologiques vont être liées aux caractéristiques physiques spécifiques de ce dernier.

Le même auteur présente plus particulièrement trois approches de la toxicodépendance. L'approche culturaliste, d'abord, où il est question de la *fabrication* de l'individu toxicodépendant, et l'approche interactionniste, ensuite, où l'accent est mis sur le *fonctionnement* de cet individu. La fabrication et le fonctionnement sont intriqués l'un dans l'autre et il n'est pas possible de séparer les approches. La toxicodépendance pourrait tirer sa source de l'incapacité de l'individu à utiliser les normes et les règles de comportement de la culture dans laquelle il se trouve, pour autant que cette instrumentalisation de la culture soit nécessaire au développement de son identité. L'approche structurelle, enfin, aborde la toxicodépendance comme le résultat des contraintes de l'environnement. L'individu est ici caractérisé par la passivité (Lucchini, 1985).

Même en combinant les trois approches, il est impossible de délimiter de manière claire et précise un état non toxicodépendant d'un état toxicodépendant. L'évolution passe par diverses étapes, dont le passage de l'une à l'autre est le résultat d'un apprentissage permanent aux mécanismes méconnus. La notion de carrière se révèle ainsi pertinente pour ce sujet. Lucchini (1985) distingue l'aspect objectif de la situation d'un jeune (son contexte socio-culturel et économique) de l'aspect subjectif (comment il perçoit sa situation), et définit la carrière comme la combinaison des deux. Le cheminement qui mène un jeune à la toxicodépendance peut également être analysé par le biais du « système de l'acteur », qui propose une grille de lecture de l'expérience composée de cinq dimensions reliées de manière systémique. Il s'agit des activités, des relations, des valeurs, des images de soi et des motivations. Ce système évolue sans cesse et le changement est à la fois objectif et subjectif. On distingue en effet les intentions de l'individu des effets sociaux de ses actions (Stoecklin, 2009). Ces différentes notions seront abordées plus amplement au cours de l'analyse.

Les problèmes d'identité mentionnés par Lucchini dans son approche de la toxicodépendance peuvent être analysés au travers de divers modèles de l'identité. On observe en effet chez les individus une tendance à généraliser les attentes de comportements qui leur permet d'orienter leur ligne de conduite. C'est ce qu'on appelle les références identitaires et elles varient en fonction des structures sociales¹⁰. L'identité peut être définie de différentes manières et nous allons ici explorer trois modèles principaux.

Modèle de l'identité (Dashefsky, 1976)

Quatre critères sont utilisés dans ce modèle pour rendre compte de l'identité. Il s'agit du point de vue objectif ou subjectif, venant d'autrui ou de soi-même. En ce qui concerne *l'identité sociale*, c'est ce qu'autrui attribue objectivement à la personne. Il s'agit par exemple de catégories telles que la nationalité, l'âge, le sexe, etc. On pourrait y mettre l'enfant toxicomane, qui est une catégorie plus spécifique. *L'identité personnelle* correspond à ce que les autres pensent subjectivement de nous. La *conception de soi*, quant à elle, est la perception objective que l'individu a de lui-même. C'est une sorte d'auto-évaluation. Le dernier élément, l'ego, est la

¹⁰ Cours « Sociologie de l'enfance » du Professeur Daniel Stoecklin, automne 2010, MIDE.

perception subjective de soi, qui est plus du ressort de la psychologie. Ce qui le constitue n'est pas forcément perçu par l'individu lui-même, mais cela fait quand même partie de l'évaluation de soi.

Ces quatre éléments sont en interaction ; chaque élément influence les autres. L'intérêt est de trouver lequel, chez une personne donnée, influence le plus sa construction identitaire.

Modèle du soi (Hewitt, 1970)

Dans ce modèle, l'identité est également présentée comme un système dans lequel différents éléments s'influencent les uns les autres. Il s'agit de la motivation (poursuite d'objectifs), de l'ensemble de rôles joués (role-set), des normes et valeurs, des compétences cognitives (utilisation de symboles : gestes, langage, etc.) et de l'image de soi (self-image). C'est une grille de lecture qui s'applique plutôt à une population déviante, et qui est donc intéressante pour le sujet de ce travail.

Modèle de l'identité (Mead, 1934)

Mead présente l'identité comme une triade constituée de trois éléments. Le *Moi*, tout d'abord, représente la prise de rôle (*role taking*) et est constitué par l'ensemble des rôles d'un individu (rôle de frère, fils, élève, etc.). Dans un premier temps, l'enfant assume le rôle des autres significatifs, c'est-à-dire des personnes proches qui ont de l'importance, qui signifient quelque chose pour lui. Il s'agit des parents, des frères et sœurs, de l'entourage proche, que l'enfant va imiter (conformisme). Cette socialisation primaire fait ensuite place à une phase de socialisation secondaire, où l'autre significatif devient l'autre généralisé. Il y a intégration d'une règle générale, caractérisée par le « on » impersonnel : « on » doit faire les choses de cette manière. Ensuite, la réaction face aux attitudes des autres fait apparaître la notion d'individualité, de créativité ; c'est le *Je*. Bien qu'« on » doit faire les choses comme cela, *Je* choisis de faire autrement. C'est en quelque sorte la réaction individualisée face à la norme à laquelle se conforme le *Moi*. Enfin, le *Soi* est la rencontre du *Je* et du *Moi*. Il correspond au rôle que l'individu va être amené à jouer dans une situation sociale donnée. La manière de jouer un rôle est adaptée en fonction de la situation ; l'individu peut donc avoir plusieurs identités, qui utiliseront plus ou moins d'éléments de conformisme ou de créativité. Cela dépendra de la sphère d'activité. Aucun de ces trois modèles ne rend compte mieux que l'autre des références identitaires de

l'enfant, mais la combinaison de ces approches peut permettre de mettre en évidence ce qui est commun dans l'analyse. Il ne faut en outre pas oublier que l'identité n'est jamais figée ; elle est en changement permanent, car l'individu est en constante évolution. Ces modèles seront repris dans l'analyse.

1.3.1 [Historique des droits de l'enfant](#)

Pour la suite du travail, il est important de replacer le statut de l'enfant et la Convention relative aux droits de l'enfant (ONU, 1989) dans l'histoire. L'image et la place de l'enfant ont passablement évolué au cours des siècles. Jusqu'à la fin du Moyen Age, c'est l'indifférence qui prédomine dans les sociétés occidentales. On ne commence à s'intéresser à l'enfant qu'à partir du XVI^{ème} siècle. Qu'il soit considéré comme fondamentalement bon (les Romantiques) ou mauvais (les Moralistes), l'enfant n'en est pas moins l'objet d'une nouvelle attention (Verhellen, 1999).

Alors qu'au siècle dernier la perception de l'enfant était fondée sur un modèle adulto-centrique, le mineur étant considéré comme un individu à protéger et objet de droits, la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE) confère à l'enfant une place nouvelle dans la société, un statut novateur qui est celui d'acteur social (Zermatten, 2003). L'enfant n'est plus uniquement considéré comme détenteur de droits, mais également comme acteur de certains droits, ainsi qu'on le verra dans la suite de ce travail. Cette tendance se manifeste également dans le domaine de la sociologie dans les années 90, où l'on commence à s'intéresser à cette tranche de la population.

La quasi-totalité des Etats ont ratifié la CDE à ce jour, dont la Suisse en 1997. Ce traité international contraignant donne des droits et libertés civils, ainsi que des droits sociaux, économiques et culturels, qui forment un tout interdépendant et indivisible. En plus de la Convention, l'Assemblée générale de l'ONU a adopté deux protocoles facultatifs en 2000, et un troisième en 2011¹¹. Le premier concerne l'implication d'enfants dans les conflits armés, le deuxième la vente et la prostitution d'enfants, ainsi que la pornographie mettant en scène des enfants, et le troisième la procédure de plainte individuelle.

¹¹ Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant, concernant l'implication d'enfants dans les conflits armés ; Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant, concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants ; Protocole facultatif à la Convention des droits de l'enfant concernant la procédure de plainte devant le Comité des droits de l'enfant.

1.3.2 Les droits de l'enfant dans la CDE

La Convention repose sur quatre principes généraux, qui se retrouvent en filigrane dans l'ensemble des articles. Il s'agit des articles 2, 3, 6 et 12 de la Convention, respectivement la non-discrimination, l'intérêt supérieur de l'enfant, le droit à la vie, à la survie et au développement, et le droit d'exprimer son opinion sur toutes les décisions le concernant. Le principe de non-discrimination est présent dans tous les grands traités sur les droits de l'homme. C'est un droit universel déjà reconnu, mais que la CDE vient réaffirmer spécifiquement pour les enfants. Les droits doivent ainsi être garantis à tout enfant relevant de la juridiction des Etats parties « sans distinction aucune » (art. 2, al. 1 CDE). L'intérêt supérieur de l'enfant doit quant à lui « être une considération primordiale » dans « toutes les décisions qui concernent les enfants » (art. 3, al. 1, CDE). Le droit à la vie, à la survie et au développement doit aussi être assuré par les Etats parties qui doivent ainsi prendre les mesures nécessaires. En ce qui concerne le droit d'exprimer son opinion, l'article 12 de la CDE mentionne le critère de la capacité de discernement, qui doit ainsi être évalué dans chaque cas. L'enfant doit non seulement pouvoir s'exprimer, mais ses opinions doivent être « prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité » (art. 12, al. 1, CDE).

On parle également des « 3P » de la Convention, qui regroupent l'ensemble des droits de la CDE. Il s'agit ici des Prestations, c'est-à-dire l'accès à des soins de base, de la Protection, qui recouvre les mesures essentiellement contre les diverses formes d'exploitation, et enfin de la Participation, qui marque l'instauration de l'enfant comme nouveau sujet de droit. Cette dernière est particulièrement importante pour ce travail et mérite d'être explicitée plus précisément.

Ces dernières années, un effort a été fait pour responsabiliser les enfants et leur permettre de s'autodéterminer dans le cadre d'un espace défini. Cette notion, appelée « empowerment », permet d'éviter de créer une dépendance vis-à-vis du soutien reçu et de favoriser une participation active de la personne quant aux décisions qui touchent à son avenir. Au niveau de la santé, les enfants ne sont plus vus comme les uniques récepteurs des efforts de promotion de la santé, mais comme des partenaires dont les opinions et les compétences de prise de décision sont reconnues comme valides. L'empowerment est étroitement lié à la notion de

participation, qui fait partie des « 3P » cités précédemment et qui sera étudiée plus en détail. Un document du Conseil de l'Europe (2010) souligne que les structures participatives ne considéreraient guère les jeunes appartenant à des groupes minoritaires. Ils se trouveraient également exclus de la participation aux structures formelles ou informelles, et cela en raison du manque de considération à leur égard. La participation des jeunes désavantagés est également abordée dans un texte de Patricia Ray (2010), « The participation of children living in the poorest and most difficult situations », qui relève que les enfants issus de milieux extrêmement pauvres ont de grandes difficultés à avoir accès à des besoins vitaux comme la nourriture, un foyer ou l'hygiène, ce qui provoque en eux un manque de confiance, un sentiment de peur et de honte et une stigmatisation de la part de la société. Leur participation serait ainsi freinée par ces éléments.

Le contexte suisse est différent, mais il faut être attentif aux diverses barrières auxquelles sont confrontés les groupes défavorisés en raison de leur toxicomanie, du manque de ressources financières, ou de leur intégration défailante. Ces différents aspects pourraient également contribuer à un effet stigmatisant, à un sentiment d'insécurité ou de honte chez certains jeunes. Ainsi, la fourniture de ressources humaines et matérielles, ainsi que la mise en place de conditions et d'un soutien adéquats sont indispensables pour offrir à ces jeunes les mêmes opportunités de participer qu'aux autres enfants. Ces précautions pourraient s'avérer judicieuses pour les services d'aide ou pour tout autre structure formelle ou informelle s'occupant d'enfants toxicomanes.

1.3.3 La consommation de drogues dans la CDE

Le seul article de la CDE qui porte explicitement sur l'utilisation de produits illégaux est l'article 33. Ce dernier engage les Etats parties à prendre « toutes les mesures appropriées, y compris des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives, pour protéger les enfants contre l'usage illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, tels que les définissent les conventions internationales pertinentes, et pour empêcher que des enfants ne soient utilisés pour la production et le trafic illicites de ces substances » (art. 33, CDE).

Cet article ne donne pas d'indications précises et reste très général. Il s'agit pour les Etats de prendre les mesures qu'ils considéreront comme « appropriées », ce qui explique la grande diversité des solutions mises en place par les pays face à ce sujet.

Les « conventions internationales pertinentes » dont il est question sont la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, la Convention de 1971 sur les substances psychotropes, et la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988. Les mesures à prendre ne sont pas uniquement répressives, et l'objectif ici n'est pas de protéger la société mais « les enfants ». Les débats sur la dépénalisation ne sont pas directement liés au sujet de ce travail, car ils ne concernent pas les enfants de moins de 18 ans. Cependant, les décisions qui s'appliquent aux adultes ne resteront pas sans effets sur les enfants, qui seront, dans le cas d'une dépénalisation, en contact avec des adultes qui consomment des substances psychotropes. L'exemple donné par les figures d'autorité aura une influence importante sur le comportement de l'enfant et sur les représentations qu'il se fera des produits et de leur utilisation. Barrett et Veerman (2012) soulignent d'ailleurs dans leur commentaire de l'article 33 que ce dernier ne se limite pas à un seul aspect de prévention, mais en concerne quatre. On distingue parmi ceux-ci les mesures appropriées que les Etats doivent prendre afin de protéger les enfants des méfaits de l'usage de drogues dans la famille et dans la communauté.

2. Problématique

En s'appuyant sur ces divers outils théoriques, le but de ce travail est de répondre à la question de recherche suivante :

Quelle est la place des droits de l'enfant dans la littérature sur la consommation de drogues ?

Notre première hypothèse est que **la littérature qui traite de la consommation de drogues en lien avec les droits de l'enfant est encore limitée**. Les auteurs s'intéresseraient en priorité aux facteurs externes (environnementaux) de la dépendance (approche déterministe), et ce dans une attitude paternaliste qui ne laisserait pas assez de place à la notion de participation. Notre deuxième hypothèse est que **la perspective des droits de l'enfant apporterait des éléments nouveaux et utiles à cette problématique**. L'approche selon les droits de l'enfant permettrait en

effet d'aborder le sujet d'une manière plus complète et de relever des dimensions moins connues de la toxicodépendance.

Les facteurs de risque qui peuvent contribuer à une consommation problématique seront présentés, avant de considérer l'impact que peut avoir cette consommation sur le jeune et son entourage. Une dernière partie exposera les différents axes d'intervention à disposition, et ce plus particulièrement en Suisse.

3. Facteurs qui contribuent à la toxicodépendance

1.4 L'adolescence, transition vers l'âge adulte

La période de l'adolescence se situe entre l'enfance et l'âge adulte. Sa délimitation ne fait de loin pas l'unanimité, car la survenue et la durée des changements diffèrent d'une personne à l'autre. La perception de cette phase de la vie varie selon les cultures, et se fonde sur des facteurs culturels, économiques et sociaux (OMS, 2005). Le vécu même des adolescents est à observer sous l'angle du relativisme culturel. En effet, une adolescente scolarisée dans un pays développé aura une expérience fort différente de celle d'une jeune fille du même âge dans un pays en voie de développement et qui aurait déjà un enfant¹². Cependant, certains traits caractéristiques comme la recherche d'excitation, de nouveauté, la prise de risque et l'importance des pairs se retrouveraient dans pratiquement toutes les cultures. En effet, si ces traits s'expriment de manière particulièrement forte dans les cultures occidentales, des anthropologues ont découvert qu'ils sont également caractéristiques de cette tranche de la population dans d'autres cultures (Dobbs, 2011). Finalement, chaque individu aura une expérience personnelle de l'adolescence, mais cela dépendra aussi en grande partie de l'éducation, de la culture, du sexe, de la situation socio-économique, de ses capacités d'intégration telles que l'existence ou non d'un handicap ou d'une maladie (OMS, 2005).

La notion d'adolescence recouvre des dimensions biologique, démographique, sociale, psychosociale, physiologique, juridique, économique et psychanalytique. Sa définition n'en est donc pas aisée, et bien que l'élément de la puberté soit souvent invoqué pour en marquer le début, l'âge de l'arrivée de cette dernière peut varier considérablement et diffère généralement entre les sexes.

¹² Cours « Psychologie de l'enfance » du Professeur Philip Jaffé, automne 2010, MIDE.

Cette période de transition est parfois séparée en trois tranches d'âge distinctes : 10-14 ans, 15-17 ans et 18-19 ans, qui marqueraient le début, le milieu et la fin de l'adolescence. Cette division ne fait pas l'unanimité, étant donné les variations individuelles, mais elle permet d'avoir une base pour étudier le développement des adolescents (OMS, 2005). L'apparition de nouvelles catégories, comme la pré-adolescence, la post-adolescence ou encore l'adulescence, souligne encore la complexité d'une définition exacte de ce terme.

Au niveau psychologique, l'adolescence est une période importante de socialisation. Dans son avancée vers l'âge adulte, l'enfant apprend à devenir autonome et à construire son identité. Cette période de transition peut être vécue de manière différente et être caractérisée par des comportements extrêmes, tels que la recherche de sensations fortes, une prise de risque plus importante, une grande curiosité, des délits plus ou moins graves qui permettent de tester l'autorité normative, un repli sur soi, des frustrations, une certaine violence ou encore un refus de l'autorité.

Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) délimite cette période entre l'âge de 10 et 19 ans (UNICEF, 2011), et la décrit comme un processus de croissance et une période de la vie qui va de la puberté à la maturité. Les changements entre ces deux âges sont énormes, mais le document de l'UNICEF ne donne aucune explication sur cette délimitation. Elle pourrait résulter d'un calcul de l'âge moyen d'apparition de la puberté. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) la définit quant à elle comme : (1) la progression entre l'apparition de caractéristiques sexuelles secondaires (puberté) et la maturité sexuelle et génésique; (2) le développement de mécanismes mentaux adultes et d'une identité d'adulte ; (3) la transition entre une entière dépendance socio-économique et une relative indépendance (OMS, 1977).

La CDE délimite l'enfance de 0 à 18 ans, mais ne définit ni ne cite la catégorie des adolescents. La Convention ne néglige toutefois pas cette partie de la jeunesse et s'y intéresse de près, notamment dans le domaine de la santé. L'Observation générale n°4 sur la santé des adolescents, publiée par le Comité des droits de l'enfant en 2003 (CRC/GC/2003/4¹³), prouve cet intérêt. Il y est question de :

- *santé reproductive*

¹³ [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/CRC.GC.2003.4.Fr?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/CRC.GC.2003.4.Fr?OpenDocument), page consultée le 20 mars 2012.

- *mariages et grossesses précoces*
- *pratiques traditionnelles préjudiciables*
- *santé mentale – suicide*
- *mauvais traitements – violence, exploitation*
- *utilisation de substances*

Ceci rejoint en partie la liste des risques de santé prioritaires pour l'adolescence au niveau mondial, établie par l'OMS (2005). Il s'agit :

- des blessures intentionnelles ou non, qui comprennent le suicide, l'une des premières causes de mortalité chez les jeunes, les accidents de la route, les blessures interpersonnelles intentionnelles et les violences sexuelles ;
- de la santé sexuelle et de la reproduction (grossesses prématurées et non désirées et les risques qui y sont liés), dont font aussi partie maladies infectieuses sexuellement transmissibles ;
- du VIH/SIDA, une pandémie au centre de laquelle se trouvent les adolescents en raison des chiffres de propagation, mais aussi au niveau du potentiel pour changer les comportements à l'origine de cette maladie. La vulnérabilité des jeunes est particulièrement élevée vu leur conduite sexuelle à risque, l'utilisation de produits toxiques, ainsi qu'un manque d'accès à l'information sur cette maladie et aux services de prévention ;
- de la consommation de substances toxiques, généralement les gens qui fument régulièrement ont commencé durant cette période de leur jeunesse, il est rare que cela ait lieu après l'âge de 18 ans. L'alcool est, quant à lui, l'une des causes les plus fréquentes de décès liés à la consommation de substances toxiques chez les jeunes ;
- de la santé mentale, les jeunes étant particulièrement victimes de différentes formes de stress qui favorisent l'apparition des troubles mentaux, dont certains sont connus pour se déclarer à l'adolescence. La dépression et la schizophrénie sont deux des éléments pour lesquels il est important d'intervenir le plus tôt possible afin d'éviter des conséquences encore plus néfastes à long terme. Comme déjà dit, le suicide est pour sa part l'une des premières causes de mortalité chez les jeunes ;
- de la nutrition, que ce soit la sous-alimentation, la suralimentation ou les carences ; la période de l'adolescence étant marquée par la croissance, les besoins sont encore plus importants ;

- des maladies chroniques et endémiques, qui peuvent affecter le développement des adolescents.

Souvent, ces comportements à risque sont interdépendants. La consommation d'alcool est ainsi fréquemment à l'origine des accidents routiers, et celle de substances toxiques est corrélée aux humeurs dépressives.

Il est intéressant de noter que les principales préoccupations des jeunes sont les relations et l'apparence, et non les problèmes de santé publique tels qu'ils sont définis par les responsables de ce domaine (OMS, 2005). La prise en compte de leur avis rejoint la volonté de la CDE de faire participer l'enfant et de considérer son opinion. Il reste à déterminer si ces données peuvent déboucher sur des interventions plus efficaces en étant plus proches des préoccupations des jeunes.

Pendant cette période fragile, de nombreux adolescents vont expérimenter la consommation d'alcool et/ou de drogues. Si certains abandonnent rapidement, d'autres vont continuer de manière occasionnelle, et une minorité va en abuser ou développer une dépendance selon la définition du DSM-IV (American Psychiatric Association, 2004). Comme relevé plus haut, la plupart des enfants et adolescents européens n'ont jamais consommé de drogues illégales, et ceux qui l'ont fait ont surtout été en contact avec le cannabis. Sa consommation, on l'a déjà vu, s'accompagne souvent d'une consommation accrue d'alcool et d'un risque augmenté de recourir à d'autres drogues illicites (OEDT, 2009). Une étude suisse ciblée sur deux villes présente des résultats intéressants en ce qui concerne l'âge de la première consommation de drogues dures. Les personnes qui commencent très jeunes auront tendance à développer une polyconsommation plus tard et ont également plus fréquemment recours à l'injection que celles qui débutent leur consommation à un âge plus tardif (Gervasoni & Gadiant, 2009).

1.5 Facteurs favorisant l'apparition de la toxicodépendance

Différentes recherches ont abordé la question des facteurs qui rendent un adolescent plus vulnérable au développement de problèmes liés à la consommation de drogues. On parle de facteurs de risque, qui, selon Hawkins,

Catalano et Miller (1992), sont des éléments nécessaires à l'élaboration de stratégies efficaces au niveau de la prévention, surtout pour celle dite primaire, qui sera définie dans un autre chapitre. Ces différents facteurs de risque, qui ont une valeur explicative et non prédictive, vont être abordés plus en détail dans ce chapitre.

1.5.1 Facteurs individuels

Psychologiques

Il n'est pas possible de dresser un profil de la personnalité du toxicomane. Cependant, certaines dimensions de personnalité contribuent au processus d'apparition et de maintien d'une conduite de consommation. Parmi ces dimensions on retrouve surtout l'impulsivité, l'agressivité, les tendances antisociales et la recherche de stimulations, de sensations et de nouveauté. Cette dernière est caractéristique de la période de l'adolescence. Elle fait également partie du modèle tridimensionnel de Cloninger (1987), selon qui la recherche de nouveauté, l'évitement de la douleur et la dépendance à la récompense sont les trois dimensions qui forment le socle de la personnalité dans une perspective psychobiologique (Cloninger, 1987, cité par Doba & Nandrino, 2010). La consommation de substances pourrait ici être un moyen d'autorégulation.

On retrouve fréquemment certains troubles psychopathologiques chez les jeunes toxicomanes, mais il n'est néanmoins pas possible d'établir une relation précise entre la consommation de drogues et ces troubles. En effet, l'un peut être la conséquence ou la cause de l'autre. Les résultats de différentes études confirment le lien entre les troubles dépressifs et la consommation de drogues (Briefer, 2002 ; Doba & Nandrino, 2010). Ces troubles précéderaient l'usage de substances, et ce dernier serait alors un moyen de soulager à court terme l'humeur dépressive. Il en serait de même avec les troubles anxieux. Il s'agirait alors d'automédication, dans le but de réduire un affect négatif, ou dans certains cas d'augmenter ou créer un affect positif. Ces éléments pourraient accroître le risque d'apparition d'une dépendance. Finalement, ce serait la coexistence de troubles dépressifs et de la conduite qui serait la plus significativement prédictive de la consommation et de l'abus de substances. Très peu de variables psychopathologiques se trouvent corrélées avec la toxicodépendance et l'automédication surviendrait sans qu'il n'y ait nécessairement de trouble psychopathologique avéré (Briefer, 2002).

Génétiques

L'hérédité prédisposerait aussi aux conduites à risque. Selon Assailly (2006), la recherche de sensations, le besoin de nouvelles expériences, l'incapacité de faire face à l'ennui et une certaine tolérance à la prise de risque, comme ici à l'abus de substances illicites, pourraient être d'origine génétique et se transmettre. La toxicité des produits pourrait également être influencée par des facteurs génétiques et avoir des conséquences différentes en termes de maladie chronique ou de réaction à une overdose par exemple. Cependant, les connaissances à ce sujet sont lacunaires et ne permettent généralement pas d'évaluer la part génétique, ni son interaction avec l'environnement. Ce dernier point constitue d'ailleurs un des défis de la recherche (OMS, 2004)¹⁴.

1.5.2 Facteurs psychosociaux

L'influence des parents et celle des pairs représentent des facteurs psychosociaux¹⁵ contribuant de manière majeure au risque d'apparition de la toxicomanie chez les adolescents (Doba & Nandrino, 2010).

Facteurs familiaux

L'influence de la famille se fait à divers niveaux. La consommation de drogues des parents joue un rôle favorisant important et peut avoir des conséquences négatives sur l'enfant, tels que des troubles du comportement et affectifs (Gauthier, Bertrand & Nolin, 2010). Il semblerait toutefois que la santé psychologique de la mère et son impact sur le système familial auraient plus d'importance dans l'apparition de ces troubles que la consommation à proprement parler. La perte d'un membre de la famille, un divorce ou un autre événement difficile peuvent également entraîner une perturbation du fonctionnement familial et une conduite de consommation lors de l'adolescence. La prévalence d'événements traumatiques est d'ailleurs importante dans la population toxicodépendante (Olivenstein, 2002). Notons encore que l'approbation d'un comportement de consommation par les parents prédisposera l'apparition de celui-ci chez l'enfant. La maltraitance, qui peut être « en bosse »

¹⁴ http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_E.pdf, page consultée le 4 avril 2012.

¹⁵ L'approche psychosociale s'intéresse aux liens entre les facteurs affectifs et émotionnels et les relations sociales d'un individu.

(violences physiques par exemple) ou « en creux » (négligences)¹⁶ fait elle aussi partie des facteurs qui peuvent rendre l'enfant vulnérable à une consommation problématique de drogues dans le futur. De manière générale, Gauthier, Bertrand, et Nolin (2010) précisent que tant la structure familiale que la qualité des relations vont représenter des facteurs de risque ou de protection face à la consommation. Les auteurs citent les travaux de Ledoux, Miller, Choquet et Plant (2002), qui étudient des structures biparentales, dites « intactes », monoparentales, reconstituées, ou encore différentes (regroupées sous le terme « autres », où les parents sont absents pour diverses raisons) et qui observent que les familles « non intactes » risqueraient plus que les autres de voir leurs enfants adolescents recourir à la drogue, tandis que les familles biparentales constitueraient un facteur de protection.

Doba et Nandrino (2010) relèvent que l'existence d'importants conflits irrésolus au sein de la famille, un faible sentiment de cohésion, un enchevêtrement générationnel et un haut niveau de contrôle favoriseraient l'accroissement de la consommation. Les auteurs présentent à ce sujet deux modèles familiaux systémiques.

Le premier, élaboré par Bowen (1988) est le modèle de *différenciation intrafamiliale*. Il y est question de différenciation de soi, c'est-à-dire de la capacité à prendre de la distance avec sa famille d'origine, tant au niveau émotionnel que physique. Lorsque celle-ci est faible, la personne est souvent dans une situation de dépendance affective, et l'adaptation aux changements et aux situations anxiogènes serait plus difficile. L'anxiété engendrée dans ces cas-là participerait au développement de conduites d'addiction. En effet, l'usage de drogues remplit parfois une fonction individuelle et a pour objectif de diminuer l'angoisse face à des situations inconnues ou perturbantes, comme la mort (Lucchini, 1985). Dans l'autre sens, des échanges pauvres, un manque de soutien et une distance émotionnelle sont aussi souvent observés dans les familles où un membre présente des comportements de dépendance et d'abus de substances (Gauthier, Bertrand & Nolin, 2010). Ces familles représentent donc un groupe cible pour les actions de prévention.

Le second modèle de référence, le *modèle familial structural*, est celui de Minuchin et ses collègues (1978, cité par Doba & Nandrino, 2010). Les auteurs s'intéressent à l'organisation familiale et en particulier à quatre éléments qui caractérisent les processus familiaux favorisant des conduites addictives. Il s'agit de l'enchevêtrement

¹⁶ Termes repris du cours « Psychologie de l'enfance » du Professeur Philip Jaffé, automne 2010, MIDE.

intergénérationnel, la surprotection, la non résolution de conflits, et enfin la rigidité ou faible capacité d'adaptation du système. Selon Lucchini (1985), la consommation peut également être une forme de provocation dont l'objectif est de mettre l'accent sur les responsabilités des parents. Ce qui caractérise les relations avec les parents repose sur deux extrêmes : le laxisme ou la rigidité. L'incohérence parentale, où le parent passe d'un opposé à l'autre, réduit le sens de la structure familiale. L'enfant peine alors à prendre ses rôles et est plus vulnérable face à la consommation de drogues. Ce dernier élément rappelle ce que soulève Lucchini (1985) lorsqu'il parle du manque de cohérence des instances de socialisation, dont font partie les parents de façon importante, qui engendrerait des conflits normatifs problématiques. En effet, lorsque les normes qui correspondent à un même rôle (celui de fils par exemple) sont conflictuelles, leur intériorisation devient très difficile, et des problèmes d'identité risquent de se développer. La construction de l'identité du jeune est alors marquée par le hasard, qui va le poursuivre dans la suite de son parcours (Lucchini, 1985). La question de l'identité, qui est d'autant plus importante à l'adolescence, sera développée plus loin dans ce chapitre.

Les mauvais traitements et les abus, que ce soit dans le cadre familial ou en dehors de celui-ci, sont également des facteurs de risque répandus. En ce qui concerne les genres, selon Pelet (2010, p. 1453), « une anamnèse d'abus sexuels ou physiques est fréquente chez les femmes avec un problème de dépendance, et doit systématiquement être investiguée chez les femmes toxicodépendantes ». L'auteur ne fait pas mention des abus sexuels chez les hommes, qui bien que moins fréquents mériteraient cependant d'être cités.

Comme la famille joue un rôle capital dans la construction identitaire de l'enfant, l'influence du milieu familial sur l'émergence de facteurs de risque chez l'enfant devrait être évaluée attentivement. La CDE aborde la problématique de la protection de l'enfant et ce qu'elle implique pour les personnes en charge de celui-ci de manière très large dans l'alinéa 2 de l'article 3 (intérêt supérieur de l'enfant), ainsi qu'à l'article 5 (responsabilité des parents). Il existe « des droits et des devoirs » (art. 3, al. 2, CDE) de la part des personnes responsables d'un enfant. Il est donc important de prendre en compte et d'identifier les différentes caractéristiques familiales vues plus haut, car elles méritent de mettre en place pour ces jeunes des mesures de prévention primaire spécifiques, pour empêcher notamment le recours à

la consommation de produits illicites. La prévention devrait également inclure les adultes, pour qu'ils sachent reconnaître les situations à risque et puissent en protéger l'enfant. Les moyens d'action sont divers, que ce soit répondre au droit de l'enfant d'être informé sur les facteurs de risque et les conséquences de la consommation, ou encore d'autres éléments en lien avec l'usage de drogues (article 17 CDE). L'enfant a le droit de rechercher de l'information (article 13 CDE) et devrait être encouragé à le faire, en particulier au travers d'une information adaptée à son âge. Il s'agit de veiller à ce qu'il puisse se développer de manière harmonieuse (préambule et article 6 CDE) dans son milieu de vie, et donc à ce qu'il soit protégé des abus (articles 18 et 19 CDE).

Les pairs

En grandissant, non seulement les enfants développent de nouvelles capacités et acquièrent de plus en plus d'indépendance (article 5 CDE), mais d'autres changements interviennent. On remarque particulièrement que l'importance de l'influence des pairs augmente sensiblement vers l'âge de 12 ans, tandis que celle des parents diminue (Huba & Bentler, 1980, cités par Doba & Nandirino, 2010). Lorsqu'un jeune qui se sent exclu des milieux auxquels il devrait appartenir entre en contact avec une structure sociale dans laquelle la consommation joue un rôle de renforcement de l'intégration sociale, la probabilité est élevée qu'il en vienne à consommer lui aussi. Le groupe joue en effet un double rôle : celui de fournir un accès direct aux drogues, et celui de renforcer socialement l'utilisation de ces dernières. La consommation de substances est également un moyen de s'identifier à des valeurs déviantes, d'établir une identité, d'acquérir une reconnaissance et d'être assuré d'une meilleure intégration dans le groupe. L'utilisation de produit peut ainsi être une tentative d'autothérapie, la drogue masquant son manque de participation à une culture commune et de compétence sociale, en termes de capacités d'adaptation et de contrôle de son environnement (Lucchini, 1985). De plus, lorsque le soutien social des parents est inférieur à celui qu'il trouve auprès des pairs, le risque de consommation s'accroît.

Les pairs influencent également la prise de risque. Une expérience faite à l'aide d'un jeu vidéo a permis de montrer qu'en l'absence de pairs, les jeunes prennent généralement les mêmes risques que les adultes, alors que la prise de risque est doublée en présence d'amis. Le bénéfice social aurait donc une importance

considérable sur la balance (Steinberg, 2010). L'influence des pairs n'aurait cependant de lien qu'avec la consommation à titre expérimental, occasionnel. Elle ne joue que peu de rôle sur le maintien de la consommation de drogues, qui serait plutôt lié à la recherche d'effets de régulation ou de sensations euphorisantes (Doba & Nandrino, 2010). Comme le note Lucchini (1985, p. 122), « à mesure que le degré de dépendance augmente, les facteurs socio-culturels de la toxicodépendance perdent de leur importance, tandis que grandit celle des facteurs psycho-affectifs ». Doba et Nandrino (2010) soulignent que l'usage de substances répond à certains conflits et tensions associés à la phase de l'adolescence, mais que la majorité des adolescents ne va pas développer de dépendance ou de consommation abusive.

1.5.3 Les références identitaires

Derrière ces différents facteurs psychosociaux, on retrouve en filigrane la question essentielle de l'identité. Avant de s'attarder davantage sur cette dernière, il est important de rappeler que les problèmes d'identité ne suffisent pas à eux seuls pour engendrer une consommation addictive. La disponibilité du produit et une justification au moins partielle de son utilisation par une rationalisation sont d'autres conditions nécessaires. L'environnement social du jeune va de plus influencer le début de sa carrière (Lucchini, 1985).

Les travaux de Lucchini apportent ici un éclairage intéressant sur les liens entre l'identité et la toxicodépendance. L'auteur présente la toxicodépendance comme un problème, entre autres, de socialisation. Cette dernière est un facteur d'adaptation qui permet au sujet de contrôler son environnement. Comme déjà vu, le culturalisme s'intéresse aux normes et aux règles de comportement ainsi qu'à leur transmission aux individus, afin d'expliquer les différents modes individuels d'adaptation. La genèse des conduites toxicodépendantes s'expliquerait dans cette optique par l'inaptitude de l'individu à utiliser les normes à disposition, pour autant que le développement de son identité dépende de ces normes et de leur mise en pratique (Lucchini, 1985). Selon l'auteur, l'individu toxicodépendant échouerait dans sa tentative de donner du sens à la réalité qui l'entoure et de se conformer aux règles de fonctionnement de la structure sociale.

Le modèle du soi de Hewitt (1970) s'applique plus particulièrement à une population déviante. Il explique la construction de la carrière déviante d'un individu au travers de cinq éléments qui sont la motivation, l'ensemble des rôles joués, les normes et les

valeurs, les compétences cognitives et l'image de soi. S'il y a un conflit de normes ou de valeurs entre certains de ces éléments, l'individu va devoir se positionner. Par exemple, le jeune consommateur peut jouer les rôles de dealer et d'écopier. Les valeurs entre ces deux rôles sont conflictuelles et il va donc devoir faire un choix. Comme on l'a vu, il arrive d'ailleurs fréquemment que les jeunes usagers de drogues ne terminent par leur scolarité. Mead (1934) précise que c'est lorsque la personne ne parvient pas à se situer que des problèmes d'identité peuvent surgir. On peut imaginer par exemple que la motivation d'un jeune soit de pallier à un état dépressif en consommant de la drogue, mais que cela entre en conflit avec les normes et les valeurs de sa famille.

De plus, « l'interaction sociale n'est possible que si les individus se font mutuellement crédit » grâce à la présupposition d'un « fond de connaissances commun » (Lucchini, 1985, p. 127), dont les normes font partie intégrante. Lorsque ce crédit n'existe pas, comme pour le toxicomane, chaque interaction comporte des risques intolérables, et la drogue est susceptible d'être « perçue comme un substitut fonctionnel de la norme » (Lucchini, 1985, p. 127). Le problème se situerait au niveau de la socialisation secondaire (Mead, 1934), où le *Soi* serait en inadéquation par rapport aux situations. Comme on l'a vu avec le modèle de l'identité de Mead (1934), l'individu peut avoir plusieurs identités. Un jeune qui consomme à l'insu de ses parents ne va certainement pas adopter la même identité en famille (conformisme) que dans son groupe d'amis (non conformisme). Quand l'individu ne parvient pas à entrer dans des rôles stables (fonction du *Moi*), ou si ces derniers sont perçus avec un manque de cohérence, il aura de la peine à les mettre en lien avec son environnement. Le jeune peut alors être tenté de se construire de nouveaux territoires dans lesquels il s'intègre, et l'usage de drogues peut refléter une « recherche d'adaptation à l'imaginaire au détriment du réel » (Lucchini, 1985, p. 128). Il substituerait ainsi l'incohérence qu'il subit dans sa vie à une cohérence créée dans un autre monde, cette fois imaginaire. De même, la probabilité qu'il se mette à consommer augmente fortement lorsqu'il est marginalisé par rapport aux structures scolaire, familiale et professionnelle, et qu'il rencontre une structure où la drogue est un facteur de renforcement de l'intégration sociale (Lucchini, 1985).

Finalement, toutes les explications mises en évidence par Lucchini (1985) relèvent d'un problème d'adaptation ou de socialisation, qui se manifeste sous la forme d'une construction problématique de l'identité. La consommation, vue sous cet

angle, interviendrait avant tout pour atténuer ou refouler une souffrance. Cela ne rend donc pas compte des cas de consommation occasionnelle dans un cadre récréatif.

1.5.4 Facteurs sociaux et économiques

Hawkins, Catalano et Miller (1992) relèvent quelques facteurs de risque liés à l'environnement social et économique. Tout d'abord, le contexte juridique et les normes en vigueur dans une société ont une influence considérable sur la consommation de drogues. Des lois et normes laxistes sur leur usage représentent un facteur de risque, de même que la disponibilité des substances. En effet, l'approvisionnement local et régional joue un rôle important dans l'usage par exemple d'ecstasy, d'amphétamines, de cocaïne et d'héroïne (Quilgars *et al.*, 2008, cités par OEDT, 2010). Un jeune qui fréquente des lieux comme les bars, boîtes de nuit ou autres endroits de fêtes, aura plus d'opportunités de consommer et acheter des produits (Olszewski, Burkhart & Bo, 2010), d'autant plus s'il est déjà sous l'effet désinhibiteur de l'alcool (OEDT, 2010). Ensuite, une situation économique extrêmement précaire est également le berceau d'une plus grande vulnérabilité face aux problèmes liés à la drogue. Enfin viennent les risques liés aux échecs scolaires et au manque d'engagement dans le système scolaire (Hawkins, Catalano & Miller, 1992 ; Gulotta, Adam, & Montemayor, 1995). En outre, les relations avec les pairs et les expériences de rejet ont souvent pour cadre l'école. Ces données sont confirmées dans une étude européenne récente, qui souligne une prévalence de la consommation de drogues dans des groupes spécifiques de jeunes, tels que ceux issus de familles ou de quartiers défavorisés, ceux qui quittent l'école précocement, ou encore les jeunes délinquants (OEDT, 2010).

Briefer (2002) distingue *l'intégration sociale défaillante* de *l'intégration sociale atypique*. La première est liée aux notions d'isolement et d'exclusion, que l'auteur rattache à trois dimensions : économique, relationnelle et symbolique (Taboada *et al.*, 1995, cités par Briefer, 2002). Fréquemment, le consommateur néophyte se sent exclu des environnements qui devraient être les siens. Briefer relève également que le stress, le mal-être et la dévalorisation engendrés par l'exclusion sociale auraient pour conséquence une augmentation de la probabilité de consommation de drogues, qui est perçue comme une échappatoire à ces conditions difficiles.

L'intégration sociale atypique, quant à elle, serait le « reflet d'une identité déviante propre au statut de toxicomane, qui renvoie aux concepts de sous-culture et de style de vie, dont l'usage de toxiques n'est qu'un élément parmi d'autres » (Briefer, 2002, p. 39). Il est question de l'ensemble de valeurs et d'attitudes antisociales propres au groupe de consommateurs.

1.6 Synthèse

Aucun des facteurs de risque abordé de manière isolée ne conduit directement à la dépendance ; c'est la conjonction de ces derniers qui va être déterminante (Sanfaçon, 2005). Les nombreuses études réalisées dans ce domaine ne permettent pas encore d'identifier les processus qui sous-tendent l'interaction des facteurs de risque et de protection, ni si ces facteurs sont « des causes ou des corrélats des comportements antisociaux » (Sanfaçon, 2005, p. 50).

Le stade du repérage des facteurs de risque, qui précède l'apparition de la consommation, voire de la dépendance, requiert une intervention de type primaire. Cette dernière met en place différentes mesures afin de prévenir l'apparition des premiers symptômes. Cette prévention devra porter principalement sur les enfants provenant de familles ou de groupes sociaux vulnérables, ainsi que sur les jeunes mal intégrés, notamment au sein du système scolaire. En pratique, les enseignants peuvent déjà déceler des problèmes d'intégration sociale ou d'intérêt au niveau scolaire, et contribuer ainsi à une prise en charge précoce. Les problèmes psychologiques ou psychiques, parfois liés à l'environnement familial, devraient idéalement être pris en charge aussitôt que possible par des personnes formées (pédopsychiatres, psychologues, éducateurs) et dans des cadres appropriés (entretiens individuels, thérapies de groupe, placement dans des familles d'accueil ou institutions). La problématique de la protection de l'enfance est complexe et fait l'objet de nombreuses recherches afin de déterminer notamment si l'intérêt de l'enfant demande un placement ou au contraire le maintien dans sa famille. Ce sujet très intéressant ne pourra pas être développé en détail dans ce travail vu son envergure, mais notons que la CDE en parle dans les articles 18 alinéa 2, 19 et 20, et que l'application concrète nécessite des investigations et des analyses au cas par cas.

Les facteurs de protection n'ont pas été abordés dans les détails, mais peuvent être définis comme le pendant des facteurs de risque. Ainsi, pour prendre un exemple, l'appartenance à un groupe de jeunes non déviants, ou à une famille où la cohérence parentale est forte, seraient des facteurs de protection face à la consommation de substances illicites. Cependant, certaines situations qui pourraient être considérées comme des facteurs de risque ou de protection n'ont pas les effets attendus. En effet, l'interprétation de la situation faite par le jeune lui-même peut donner des résultats surprenants. Sanfaçon (2005) prend l'exemple du deuil, qui pourrait dans un cas motiver le jeune à arrêter d'utiliser de la drogue. Le deuil agirait ici comme un facteur de protection, et l'auteur cite Brunelle et coll., 2003, p. 23 : *«Nous croyons que ces exemples montrent à quel point il faut, pour comprendre la trajectoire des jeunes, leur laisser la parole ; ce n'est pas ce que les autres pensent qui explique leurs comportements et leur style de vie, c'est ce qu'eux en pensent et ressentent.»* Cette citation est tout à fait dans la lignée de la CDE et du concept de participation qui a été défini précédemment. Cela rejoint aussi ce qui a été présenté un peu plus haut, notamment les travaux de Stoecklin (2009). Cette façon de voir permet également de sortir des approches qui ne prennent pas en compte la subjectivité de l'acteur et qui abordent la problématique de la consommation comme le résultat de la combinaison de facteurs externes (environnementaux). Toutes les interventions, que ce soit à l'un ou l'autre niveau de prévention ou dans les mesures de protection, devraient donner la parole aux jeunes et la prendre en compte.

4. Installation de la dépendance

Tous ces facteurs représentent un risque pour la première consommation, mais également pour l'installation de la dépendance lorsque la situation perdure ou empire. Le chemin qui conduit un jeune vers la dépendance n'est de loin pas linéaire, et peut être abordé au travers de la notion de carrière. Cette dernière commence par les premiers contacts avec le produit, les premières expériences de consommation, puis l'utilisation périodique, ainsi que les tentatives de sevrage et les rechutes. La carrière dépend des caractéristiques de chaque individu, de la vitesse et des circonstances du passage à une étape ultérieure, et des produits et quantités consommés (Lucchini, 1992). Trois phases s'observent dans toute carrière. Il s'agit de

la « lune de miel avec la drogue, une période de stabilisation et enfin l'arrivée des difficultés de nature financière, sociale, médicale et pénale, liées à une consommation non-contrôlée » (Lucchini, 1992, p. 5). Cela concernerait toutefois avant tout les utilisateurs d'héroïne dans les pays occidentaux, et on ne peut l'appliquer telle quelle aux jeunes consommateurs de cannabis, par exemple. Comme mentionné dans le cadre théorique, Lucchini distingue l'aspect objectif de la situation d'un jeune (son contexte socio-culturel et économique) de l'aspect subjectif (comment il perçoit sa situation), et définit la carrière comme la combinaison des deux. Une grande partie des adolescents perçoivent leur consommation comme non problématique et uniquement festive ou récréative, qui leur permet entre autres de dépasser une certaine timidité, de se relaxer ou au contraire d'être stimulés, de prendre plus de risques, de se sentir bien, etc., tandis qu'une minorité, composée particulièrement de jeunes marginalisés qui trouvent à la drogue une solution à des situations difficiles, est plus susceptible de développer une consommation chronique pouvant évoluer vers la dépendance (OEDT, 2010).

Briefer (2002) relève en outre que les tendances déviantes à l'adolescence sont fortement corrélées au niveau de gravité de la toxicodépendance à l'âge adulte. Lucchini (1985) définit « l'inadéquation entre la personnalité et les structures sociales » (p. 131) comme un facteur de déviance qui augmente le risque de consommation abusive de drogues. Le vide normatif ou l'incohérence normative sont alors remplacés par des normes qui considèrent les drogues de manière positive et en justifient l'usage. Lorsque les effets de la consommation confirment les attentes de l'individu, cette expérience est alors intégrée au nouveau cadre normatif qui légitime l'usage de la drogue. Dans une telle situation, le jeune court un grand risque de s'engager dans une trajectoire qui peut le mener d'une consommation occasionnelle à la dépendance. L'auteur présente un exemple de trajectoire, ou de « carrière » dans la déviance, pour reprendre la notion développée par Howard Becker (1985). Le cas est celui d'un individu X, qui se trouve initialement dans une situation où le milieu familial est favorable à la consommation de médicaments ou d'alcool. L'individu entre ensuite en contact avec la drogue dans un milieu différent, qui est celui des pairs, et qui est lui aussi favorable à l'usage de produits. La drogue, dans cet exemple le cannabis, est perçue « comme un symbole de ralliement au groupe » (Lucchini, 1985, p. 121). Jusque-là, ce sont les facteurs socio-culturels qui exercent la plus grande influence. La personnalité du sujet devient marquée par des

problèmes identitaires de plus en plus importants, et le milieu est également divisé entre ceux qui s'opposent ou non à la consommation de drogues dures. L'individu fait l'expérience de l'une de ces drogues et sa personnalité va à nouveau être influencée par cette consommation. On assiste alors à l'installation d'une dépendance et, comme vu précédemment, ce sont à présent les facteurs psycho-affectifs qui prédominent. La triade est remplacée par la diade personnalité-drogue lorsque l'individu entre dans un état de dépendance.

Le système de l'acteur (Stoecklin, 2009) permet d'aller plus loin que ce qui a été présenté au travers des travaux de Lucchini. Il se fonde sur la prise en compte du point de vue subjectif de l'enfant selon les concepts participatifs de la CDE. Stoecklin (2000) présente trois éléments qui peuvent être développés après avoir entendu les jeunes s'exprimer. Il s'agit de la nature des événements passés, des contraintes et des ressources de l'environnement actuel, et enfin du degré d'élaboration des compétences personnelles. Les rapports systémiques entre ces trois aspects expliquent le passage du jeune d'une étape à l'autre de sa carrière - ici dans le milieu de la drogue -, et chaque élément peut influencer les deux autres.

Le cheminement qui mène un jeune à la toxicodépendance peut être ainsi analysé au travers du système de l'acteur, qui propose une grille de lecture de l'expérience composée de cinq dimensions reliées de manière systémique. Il s'agit des activités, des relations, des valeurs, des images de soi et des motivations. Ces éléments forment une boucle qui est récursive et le système évolue sans cesse. Le changement est en même temps objectif et subjectif ; on distingue les intentions de l'individu des effets sociaux de ses actions (Stoecklin, 2009). Un lien peut être fait ici avec ce qui a été présenté précédemment sur les problèmes identitaires. En effet, des problèmes relationnels et l'incohérence des valeurs et des normes dont parle Lucchini (1985) peuvent brouiller les images de soi de la personne dont les motivations vont évoluer (atténuation de la souffrance), et qui vont influencer les activités (consommation de drogues). Son réseau relationnel va alors changer également, et le cercle se poursuit. On peut imaginer l'exemple d'un jeune souffrant du rejet parmi ses camarades et qui, au travers de la consommation d'un produit, entre dans un nouveau réseau social où il est bien intégré. Ces nouvelles relations vont avoir une influence sur les valeurs du jeune, qui en adopte de nouvelles : drogues, solidarité du groupe de consommateurs, vols, mensonge, etc. Ces valeurs

agissent sur l'image de soi. Ce jeune se sent accepté, se voit comme plus extraverti et peut se prendre pour un « caïd ». Ses motivations changent alors, et il cherchera non plus le succès scolaire ou l'acceptation de ses camarades de classe, mais plutôt le respect et la reconnaissance du groupe avec qui il consomme et a tissé des liens. Ces motivations l'orientent vers de nouvelles activités (consommation de nouveaux produits), ce qui transformera à nouveau ses relations (consommateurs de drogues dures, trafiquants), et ainsi la boucle continue.

Un autre exemple pourrait être le cas d'un adolescent dont la motivation est de faire la fête et s'amuser, et qui va ainsi consommer de la drogue de manière occasionnelle et récréative. Cette forme de consommation aura un impact moindre sur les relations qu'il entretient avec son cercle social, ainsi que sur ses valeurs et images de soi. En effet, dans cette situation, il n'y a pas de problème de cohérence au niveau des valeurs et des relations.

Le système de l'acteur permet ainsi de prendre en compte les motivations de l'acteur et de distinguer les formes de consommation qui sont problématiques ou non. Pour un même individu, il peut y avoir un passage d'un usage récréatif et social à un usage plus individuel qui risque de mener à la dépendance. Les différentes étapes de la carrière du jeune consommateur sont ainsi distinguables.

La perspective constructiviste est ici privilégiée ; on s'intéresse au sens que l'enfant donne à son expérience, à la définition qu'il fait de sa situation. A chaque passage d'une dimension à l'autre, l'accent est mis sur la manière dont le sujet l'aborde. Les nouvelles relations ne créent pas simplement de nouvelles valeurs, mais la façon dont le jeune définit ses relations va actualiser ses valeurs et fonder des images de soi (Stoecklin, 2009).

Finalement, le système de l'acteur permet d'aborder les différentes expériences des jeunes avec la drogue, qu'il s'agisse d'un contact unique ou de l'évolution vers un état de dépendance. Dans cette optique, la notion de carrière contribue à une meilleure compréhension de l'évolution d'un jeune dans ses modes de consommation. En effet, elle met l'accent sur le sens que l'adolescent donne à sa situation objective et permet ainsi de saisir la motivation d'un adolescent consommateur. Dans le cadre du système de l'acteur, la manière dont le sujet définira chaque dimension de son expérience aura des conséquences réelles sur les

autres dimensions (théorème de Thomas¹⁷). La réalité objective ne suffit donc pas à expliquer un comportement ou le passage d'une étape à l'autre de la carrière ; il est nécessaire de tenir compte de la perception subjective de l'individu, ici du jeune consommateur. Un outil développé par Stoecklin (2009) permet au jeune de s'exprimer et d'avoir son point de vue pris en compte (article 12 CDE), d'encourager sa réflexivité, de déterminer son intérêt supérieur en tenant compte de son opinion, ainsi que d'encourager la participation du jeune à un changement de situations¹⁸. Cet outil a été appelé le « kaléidoscope de l'expérience » et pourrait être utile, dans une recherche future, pour intervenir efficacement auprès de jeunes dans des situations précises. Il permet de plus de sortir du déterminisme qui prédomine dans les recherches faites sur la toxicodépendance, en mettant l'accent sur une approche compréhensive¹⁹ de la lecture de la CDE et de ses liens avec la consommation de drogues.

5. Conséquences de la consommation de drogues

1.7 Conséquences personnelles

1.7.1 Santé

La santé occupe une place importante dans la CDE et est citée dans plusieurs de ses articles qui concernent la santé de l'enfant (article 3 alinéa 3, 17, 24, 39). Elle est également citée en termes de santé publique dans les restrictions de certains droits (notamment les articles 10, 13, 14 et 15). Les différentes affections que la consommation de drogues engendre sont donc concernées par ces articles.

Biomédical/physique

Toute consommation comporte un certain risque pour la santé physique, mais il est possible de dégager des affections liées particulièrement à certains produits.

La consommation de méthamphétamines, tout d'abord, peut provoquer des accidents vasculaires cérébraux, de même que des affections cardiovasculaires qui peuvent être mortelles en cas de pathologie cardiovasculaire préexistante ou d'utilisation régulière de la drogue. Des problèmes dentaires, une neurotoxicité et

¹⁷ Cf. § 1.3 Cadre théorique

¹⁸ Cours « Sociologie de l'enfance » du Professeur Daniel Stoecklin, automne 2010, MIDE.

¹⁹ C'est-à-dire une approche qui tient compte du sens donné par l'acteur à sa situation et/ou ses actions.

des problèmes de croissance du fœtus en cas de grossesse ont également été repérés. L'usage de cocaïne comporte lui aussi des risques cardiovasculaires et peut induire des troubles cognitifs et moteurs. Ensuite, la consommation de cannabis peut dans certains cas provoquer différentes pathologies respiratoires. Enfin, il y a un risque de maladie infectieuse par contamination, soit lors des pratiques d'injection intraveineuse, soit au travers des comportements sexuels à risque qui sont plus fréquents chez les consommateurs de certaines drogues (dont les amphétamines). L'OEDT (2011) note cependant qu'il y a un recul de l'incidence du VIH dans la plupart des pays de l'UE.

Mortalité

L'injection intraveineuse comporte un risque bien connu de décès par surdose. Pour le reste, les taux de morbidité et de mortalité sont difficilement identifiables, du fait de la fréquente polyconsommation de drogues. Les décès peuvent aussi être liés indirectement à l'usage de produits, comme dans certains cas d'accidents de la route.

Psychique et psychologique

Les risques pour la santé mentale en lien avec la consommation de cannabis seraient moins importants que pour des produits comme l'héroïne ou la cocaïne, mais sa prévalence élevée lui confère un impact potentiellement significatif sur la santé publique. On identifie des problèmes de santé aigus et chroniques liés à la consommation de cette substance. Il s'agit particulièrement de « l'anxiété, une réaction de panique et des symptômes psychotiques » (OEDT, 2011, p. 52) qui ont souvent lieu lors de la première consommation. Une psychose, un comportement suicidaire ou violent et de l'anxiété ont été quant à eux mis en relation avec l'exposition chronique aux amphétamines sur une longue période. Une prise régulière de cannabis durant l'adolescence aurait de plus un effet néfaste sur la santé mentale des jeunes adultes. La fréquence de consommation serait en outre corrélée avec l'incidence de symptômes et troubles psychotiques. Les troubles psychiatriques les plus graves se trouvent chez les consommateurs d'opiacés (OEDT, 2011).

Différences entre les genres

Les comorbidités psychiatriques seraient plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, particulièrement les troubles alimentaires, de l'humeur, les symptômes post-traumatiques et l'anxiété. Les patientes qui demandent un traitement le font généralement à cause de difficultés émotionnelles ou psychiques, alors que ce sont des raisons en lien avec la sphère du travail qui prédominent chez les hommes (Conner *et al.*, Peirce *et al.*, Green *et al.*, cités par Pelet, 2010).

Les femmes toxicodépendantes qui consomment de la cocaïne se plaindraient plus fréquemment de symptômes physiques que les hommes, et « la problématique de la prostitution et/ou de l'échange de faveurs sexuelles contre des produits légaux/illégaux, sans oublier la vulnérabilité aux agressions sexuelles sous l'effet de psychotropes, doivent également être prises en compte (hépatite B, VIH, syphilis, etc.) » (Pelet, 2010, p. 1453).

1.7.2 Education

La Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant relève le rôle des Etats dans l'éducation. En particulier, « ils prennent des mesures pour encourager la régularité de la fréquentation scolaire et la réduction des taux d'abandon scolaire » (article 28 alinéa 1).

Comme déjà traité dans le chapitre concernant les facteurs de risque de la toxicodépendance, le risque d'abandon scolaire est élevé chez les jeunes consommateurs de produits. Ce fait contribue à leur désintégration sociale, et les faibles attentes, la peur de l'échec et la stigmatisation (cette dernière toucherait à l'identité sociale et à l'identité personnelle du jeune, pour reprendre les termes de Dashefsky, 1976) représentent des obstacles à leur réintégration dans le système éducatif (Lawless & Cox, 2000). Sensibiliser la population et les autres enfants à ce phénomène contribuerait à diminuer les réactions sociales négatives qui maintiennent le jeune dans son statut marginalisé.

1.7.3 Sociales

Les problèmes sociaux qui engendrent ou sont engendrés par la consommation de drogues ont déjà été abordés dans le chapitre sur les facteurs de risque. Les conséquences sociales varient selon le stade de consommation dans lequel se trouve le jeune, mais on repère deux types d'effets principaux. Le premier est

l'appartenance à un groupe social déviant, souvent stigmatisé par la société, et le deuxième est l'isolement social et la désintégration (OEDT, 2011). Il est impossible de définir et de décrire précisément les conséquences sociales de l'usage de produits illicites, tant les situations personnelles peuvent varier. Il y a autant de conséquences possibles que de jeunes usagers et, à nouveau, les représentations que ces derniers se font de leur situation conditionnent largement les conséquences réelles de leur consommation.

1.7.4 Pénales

L'achat, la vente et la consommation de produits illicites sont interdits et constituent une infraction à la loi. Les sanctions mises en place varient d'un pays à l'autre et le cas de la Suisse sera présenté dans un prochain chapitre.

De manière générale, on peut relever que la prison n'améliore pas la situation. Bendettini (2002, p. 2) rapporte même que « d'après une enquête portant sur 25 prisons européennes, 7% des détenus toxicomanes auraient commencé à se faire des injections en prison ». Hormis la privation de liberté, des mesures éducatives peuvent être privilégiées ou combinées à des sanctions, comme les travaux d'intérêt général ou des amendes.

Selon la CDE, dans le cas d'une infraction pénale, les Etats parties se doivent de garantir « toute une gamme de dispositions, relatives notamment aux soins, à l'orientation et à la supervision, aux conseils, à la probation, au placement familial, aux programmes d'éducation générale et professionnelle et aux solutions autres qu'institutionnelles (qui) seront prévues en vue d'assurer aux enfants un traitement conforme à leur bien-être et proportionné à leur situation et à l'infraction » (article 40, CDE). Chaque cas présente des éléments particuliers et une enquête bio-psycho-sociale sur l'auteur est nécessaire pour pouvoir décider des meilleures mesures à prendre.

1.8 **Conséquences sur l'entourage**

1.8.1 Famille

Les répercussions familiales de la consommation de drogues par un jeune peuvent être analysées de manière systémique. L'attention de la famille se focalise sur celui qui est « le patient désigné », c'est-à-dire le jeune consommateur de drogues dans le

cas présent. Dans certaines situations, canaliser l'énergie du système familial sur ce dernier permet d'éviter d'autres conflits ou problèmes familiaux sous-jacents (Ausloos, 1995). Des témoignages (Blais, 2002) révèlent qu'il arrive fréquemment que les autres enfants de la fratrie n'osent pas exposer leurs propres soucis, car ils peuvent imaginer que c'est moins important et que leurs parents ont déjà assez de préoccupations comme cela. Ce sont parfois également les parents qui négligent d'exprimer leurs interrogations, angoisses ou problèmes, se centrant essentiellement sur le jeune qui « pose problème » en vue de son bien-être. Le rôle du thérapeute familial est alors d'essayer, avec la famille, de comprendre le fonctionnement du système, son auto-organisation et son évolution. En systémique, une solution parfois totalement imprévisible, originale, étonnante et surtout efficace, peut être trouvée, et ceci grâce aux échanges dans et hors des séances, à l'engagement de tous les membres, ainsi qu'en utilisant la compétence du système. Ausloos a découvert cette nouvelle façon d'envisager la thérapie, qui permet non plus de déresponsabiliser les membres, mais de faire circuler l'information, ce qui va activer le processus familial. « Ce sont les membres eux-mêmes qui détiennent les éléments nécessaires pour parvenir à une solution à leur problème particulier. Le thérapeute est finalement l'agent qui fait émerger l'information dont les membres disposent et ces derniers peuvent alors "élaborer leur autosolution". Au lieu de les considérer comme une famille pathologique, dysfonctionnelle, (Ausloos met) en évidence leurs propres compétences, avec l'espoir qu'à l'avenir ils n'auront plus besoin d'un thérapeute pour continuer ce processus » (Ausloos, 1995, p. 47). La parole est donnée au jeune, mais aussi à la fratrie et aux parents, une approche intéressante qui pourrait inspirer les mesures prises dans le cas d'un jeune en situation de vulnérabilité ou qui consomme déjà de la drogue.

1.8.2 Société

Les conséquences potentielles de la consommation de produits illicites sont diverses et varient de la petite délinquance, comme les vols et autres infractions commises pour avoir les moyens de se procurer de la drogue, à des actes plus graves, tels que les agressions sexuelles. Plusieurs études ont mis en évidence une relation entre consommation et délinquance. Les auteurs présentent différentes explications sans se prononcer :

- l'usage peut causer la délinquance en réduisant les inhibitions ;
- la délinquance peut être un moyen de se procurer de l'argent pour acheter des drogues ;
- les usagers de drogues peuvent être associés à d'autres usagers qui sont délinquants;
- l'usage de drogues peut causer des difficultés familiales qui mèneront les adolescents à se tourner vers des attitudes rebelles et la délinquance ;
- l'usage peut interférer avec le développement de médiateurs positifs telles les habiletés sociales (Sanfaçon, 2005, p. 67).

Pour ce qui est des agressions sexuelles, les études se sont surtout concentrées sur les liens avec la consommation d'alcool, mais certaines ont tout de même démontré des corrélations entre l'abus de produits et les agressions sexuelles. Ces études sont toutefois fondées sur des échantillons spécifiques d'agresseurs qui présentent également des problèmes d'alcool. L'usage de produits biaiserait les interprétations des agresseurs quant aux signaux de leur victime, et l'abus de drogues serait plutôt corrélé à « un facteur de risque de l'agression sexuelle et non à l'agression sexuelle elle-même [...], qui pourrait être par exemple les abus physiques subis dans l'enfance par l'agresseur (et qui) déterminerait à la fois la consommation de substances psychoactives et la commission d'agressions sexuelles » (Lopez et Sansfaçon, 2005, p. 8).

Finalement, bien qu'une relation existe, relier systématiquement la consommation de drogues et la délinquance serait réducteur.

Coût social

Le coût social mérite également d'être cité. Il « se rapporte à l'ensemble des dommages que l'usage des substances en question représente pour les consommateurs eux-mêmes, les proches et la population générale. Le coût social correspond au revenu auquel la communauté serait prête à renoncer pour ne plus avoir à subir les conséquences négatives de l'usage et du trafic des drogues illicites » (Jeanrenaud *et al.*, 2005, p. 83). En Suisse et pour l'année 2000, il s'élevait à 4.1 milliards de francs. Il est composé de nombreux coûts directs et indirects, comme les traitements médicaux, les séjours en institution, les aides à la survie, les incapacités de travail ou encore la répression. Les coûts humains, qui représentent 10% du coût

social, s'observent quant à eux au travers de la détérioration de la qualité de vie des personnes toxicodépendantes et de leurs proches (Jeanrenaud *et al.*, 2005).

Finalement, on s'aperçoit que la toxicodépendance s'inscrit dans un cercle vicieux qui s'observe d'ailleurs aussi à travers la récursivité du système de l'acteur. Dans la plupart des cas, il est difficile de séparer cause et conséquence. Pour un jeune, par exemple, le fait d'avoir peu d'aptitudes sociales constitue un facteur de risque pour la consommation de drogues, mais s'il commence à utiliser des produits illicites, il va se trouver moins intégré aux autres sphères (à part celle du groupe de consommateurs). Un défaut d'aptitudes sociales peut ainsi être à la fois une cause et une conséquence de la consommation de drogues. Il faudrait, dans un tel cas, donner au jeune des moyens d'améliorer ses capacités sociales, autant au niveau de la prévention primaire que de l'intervention (c'est-à-dire lorsqu'il est déjà consommateur).

6. Réponses face à la consommation des enfants

Que l'accent soit mis sur la répression ou sur la prévention et la réduction des risques, ces trois aspects se retrouvent dans les stratégies antidrogues des pays occidentaux. Le cas de la Suisse va être présenté plus spécifiquement.

1.9 Contexte suisse

Développement d'une politique de la drogue

La politique fédérale en matière de drogue trouve sa base dans la Convention de La Haye de 1912, ratifiée par la Suisse en 1918, et est fondée sur l'interdiction des stupéfiants destinés à un usage autre que médical. La première Loi fédérale sur les stupéfiants est adoptée en 1924 et sera suivie par la Loi sur les stupéfiants, (Lstup, 812.121), en 1951, qui est toujours en vigueur.

Les premiers efforts législatifs en Suisse sont orientés uniquement sur la répression. La dangerosité des produits psychotropes justifie leur interdiction et la lutte est centrée sur la limitation de l'accès à ces produits (Pollien, 2006). La possession de drogues est illégale, et considérée comme criminelle. Savary (2007) souligne que les connaissances sur la dépendance sont faibles et seule une minorité y a accès. La

population ignore donc la plupart des éléments concernant cette problématique. L'auteur relève encore qu'on assiste à une augmentation très sérieuse du nombre de personnes toxicodépendantes vers la fin du XX^{ème} siècle. La visibilité de cette consommation et le rôle identitaire qu'elle joue pour une partie de la jeunesse évoluant dans une culture alternative font émerger une problématique sociale et politique importante. On passe alors d'une simple criminalisation du consommateur à une attention nouvelle pour celui qui est désormais perçu comme porteur d'un trouble, un malade qui a besoin de soins. A l'instar de la philosophie des Alcooliques Anonymes, l'addiction est dès lors considérée comme une maladie dont on ne guérit pas, mais dont les effets négatifs peuvent être atténués par un comportement d'abstinence, qui est la seule thérapie envisagée. Parallèlement aux thérapies se développent les actions de prévention, qui visent à éviter le comportement de consommation (Savary, 2007).

Avec le temps, on réalise que les problèmes ont tendance à s'intensifier et qu'il faut différencier les interventions selon le type de population. En effet, les toxicomanes ne peuvent pas être abordés comme une population homogène et les prestations doivent être individualisées. L'intérêt ne se porte plus sur le seul objectif de l'abstention mais se déplace vers les facteurs qui mènent à la consommation de la drogue et vers le sens qu'elle prend pour son usager. On découvre ainsi que la consommation est une réponse à un manque et à une souffrance. Après avoir complété les mesures de répression par le traitement et la prévention, on y ajoute le pilier de la réduction des risques. La guerre à la drogue fait alors place à une tentative de gestion globale des problèmes liés à la drogue et l'accent est mis sur le devoir d'assistance plutôt que sur des considérations d'ordre moral (Savary, 2007). Ce modèle des « quatre piliers » va être détaillé dans le chapitre qui suit.

Modèle des quatre piliers de l'OFSP

La politique des quatre piliers en Suisse prévoit des mesures qui visent avant tout l'efficacité au niveau de la santé publique. Ce modèle figure dans la loi principale qui régit le domaine des stupéfiants déjà citée : la LStup (812.121).

Ces piliers sont :

a. La prévention

L'OFSP définit la prévention comme « toutes mesures visant à empêcher une maladie, un problème lié à la santé ou un développement problématique »²⁰. L'objectif est de réduire la consommation de produits nocifs à la santé en collaborant avec différents partenaires.

Le site de la Confédération suisse ne cite que deux formes de prévention, tandis que l'OMS en distingue trois :

- La prévention primaire, tout d'abord, qui est l'ensemble des actes destinés à prévenir l'apparition de symptômes. L'intervention se fait avant la survenue du problème et cherche à réduire les risques individuels, environnementaux et sociaux. Elle donne généralement lieu à des programmes qui touchent une vaste population. Pour la drogue, la prévention se concentre sur l'évitement des premières consommations.
- La prévention secondaire, ensuite, qui intervient dès l'apparition du trouble ou des symptômes, qu'elle va viser à réduire. L'objectif ici est d'empêcher l'installation du problème par un dépistage précoce. Dans le cas de la toxicomanie, ces mesures cherchent à empêcher l'installation d'une dépendance chez un sujet qui a déjà consommé, en attirant l'attention en particulier sur les risques d'une telle consommation.
- La prévention tertiaire, enfin, qui porte sur le traitement des personnes dépendantes, la prévention des rechutes et la réinsertion sociale et professionnelle, afin d'éviter que les individus ne soient pris dans l'engrenage et ne tombent dans une déchéance sociale. L'intervention en toxicomanie « peut ainsi se concevoir sous forme d'un continuum où l'on trouve essentiellement trois stades : avant, pendant ou après la survenue d'une situation qui pose problème, qui a été socialement jugée indésirable et que l'on cherche à éviter (avant), contrôler (pendant) ou éliminer (après) » (Brisson, 2010, p.20). Le terme de prévention peut être utilisé à chaque stade « puisqu'il est envisageable à tout moment du continuum d'intervenir préventivement pour empêcher que quelque chose de pire ne se produise » (Brisson, 2010, p.20).

²⁰ Voir le lien <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00628/index.html?lang=fr>, page consultée le 29 avril 2012.

Une nomenclature nouvelle et plus précise s'est développée récemment et définit les trois stades de la prévention ainsi (Brisson, 2010, p.24) :

- Stade primaire : promotion de la santé et prévention
- Stade secondaire : repérage (identification) et intervention précoce
- Stade tertiaire : désintoxication, réadaptation et suivi

L'OFSP rappelle l'importance de l'investissement auprès de la jeunesse, en argumentant qu'à long terme la promotion de la santé des enfants et des adolescents favorise l'essor d'une société plus saine et productive. L'accent est mis sur la portée sociétale de telles mesures plutôt que sur le droit des enfants d'être en bonne santé et de pouvoir se développer de la meilleure manière possible. L'OFSP souligne également que l'évolution rapide des formes de comportements à risque et l'apparition régulière de nouvelles tendances demandent un effort particulier pour adapter en conséquence les mesures de prévention dirigées sur les jeunes²¹. Une recherche auprès des jeunes consommateurs, qui intégrerait un support tel que l'outil du kaléidoscope de l'expérience (Stoecklin, 2009), pourrait offrir une opportunité aux usagers d'exprimer leur perception subjective de leurs propres expériences. Les nouvelles tendances seraient potentiellement décelées dans le discours du sujet et non plus par la récolte de données objectives. Une telle recherche pourrait également permettre d'approcher les consommateurs de drogues d'une manière moins directe et agressive, mais en les interrogeant sur leur vécu, leur expérience et les significations qu'ils donnent aux diverses situations qu'ils rencontrent. Cette démarche pourrait également être un moyen de réduire l'anxiété du sujet. N'étant plus confronté à des questions susceptibles d'être embarrassantes, portant directement sur sa consommation de drogues, il pourrait se montrer plus ouvert lors de l'entretien.

b. La thérapie comprend l'ensemble des traitements médicaux, socio- ou psychothérapeutiques. L'objectif est d'aider la personne à se libérer durablement de la dépendance. En Suisse, l'offre en matière de thérapie recouvre « le conseil psychosocial en secteur ambulatoire, le traitement avec prescription de produits de substitution (en secteur ambulatoire ou résidentiel), le sevrage, la thérapie orientée vers l'abstinence en communauté thérapeutique et les logements accompagnés de

²¹ <http://www.bag.admin.ch/jugendprogramm/10043/10045/index.html?lang=fr>, page consultée le 29 avril 2012.

postcure »²². Cette tâche est dévolue aux cantons. Actuellement, en Suisse, « près de 1100 personnes suivent une thérapie en secteur résidentiel (pour des problèmes de toxico- ou d'alcoolodépendance) et environ 19'000 personnes suivent un traitement avec prescription de produits de substitution »²³.

c. Réduction des risques et aide à la survie : l'objectif de ce pilier est l'amélioration de l'intégration sociale des individus toxicodépendants et la stabilisation de leur état de santé. La responsabilité individuelle est encouragée afin de « réduire au maximum les dommages indirects » (OFSP). Un changement de mentalité s'est opéré en Suisse à la fin des années 80. Les scènes de la drogue dans plusieurs villes du pays y ont certainement contribué, avec l'exposition publique de la grande détresse psychique et sociale des toxicodépendants, ainsi que la propagation des infections au VIH. L'émergence d'une nouvelle conviction apparaît : les personnes toxicodépendantes devraient bénéficier d'un soutien social, même si celles-ci ne veulent ou ne peuvent pas renoncer à leur consommation (OFSP).

Quatre mesures spécifiques ont été développées par rapport à la réduction des risques. Il s'agit de la promotion de la santé auprès des consommateurs de drogues et des toxicodépendants (distribution de matériel d'injection stérile dans les pharmacies depuis les années 80), des conseils et de l'assistance de base (centres dits de bas seuil qui offre une assistance de base), de l'intégration sociale (foyer, structures de jour, etc.), et de la réduction des risques engendrés par les nouvelles substances et la consommation mixte (nouveaux types de consommation occasionnelle qui exige un effort de prévention sur le terrain : fêtes, rue, etc.).

d. Le contrôle et la répression visent en premier lieu à lutter contre le commerce de drogues illégales, à réduire l'offre, ainsi qu'à diminuer la demande de drogues illicites. L'OFSP souligne que la législation et les obstacles juridiques qui en découlent doivent avoir un effet dissuasif auprès des jeunes.

Les mesures de la prévention et de la répression vont à présent être abordées plus en détail.

²² <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/index.html?lang=fr>, page consultée le 29 avril 2012.

²³ Ibid.

1.10 Prévention

1.10.1 Présentation des différentes stratégies de prévention

Les stratégies comprennent des mesures axées sur l'environnement (prévention structurelle, législation). Concrètement, il peut s'agir de l'interdiction de fumer, de la fixation des prix pour les boissons alcoolisées ou encore de mener des campagnes de promotion de la santé au sein des écoles. Certains pays intègrent la prévention contre la drogue dans le programme des cours scolaires, et quatre pays (Luxembourg, Pays-Bas, Autriche et Royaume-Uni) ont fait l'expérience de l'introduction de programmes de prévention dans toute l'école, « une approche ayant fait l'objet d'une évaluation positive en termes de réduction de la consommation de drogues (Fletcher *et al.*, 2008) et présentant d'autres avantages, comme une meilleure ambiance à l'école et une inclusion sociale renforcée » (OEDDT, 2011, p. 29). Cette forme de prévention est qualifiée d'universelle, car elle concerne des populations entières, comme des communautés, un pays, un canton, une commune ou le milieu scolaire. L'objectif est la dissuasion ou le report du début de l'usage de drogues et les problèmes en lien avec cette dernière au travers de la transmission d'information et des compétences indispensables pour éviter la consommation. Afin d'augmenter les probabilités de réussite et d'acceptation des programmes de prévention, il est nécessaire d'accorder une attention particulière au contexte culturel, normatif et social (Allen *et al.*, 2007, cités par OEDT, 2001). Récemment, un développement d'approches plus prometteuses que les seuls dépistages dans les écoles et journées d'information a été relevé. Parmi ces approches, des interventions spécifiquement destinées aux garçons ont été mises en place. On accorde aussi de plus en plus d'importance à la prévention par les pairs, qui semble plus efficace que lorsque c'est une personne étrangère au groupe qui apporte les mêmes informations (Olszewski, Burkhart & Bo, 2010).

La *prévention sélective* concerne « des groupes, familles ou communautés spécifiques, dont les membres, du fait de leurs faibles liens sociaux ou de leurs maigres ressources, sont davantage exposés à un risque de toxicomanie ou de dépendance » (OEDDT, 2011, p. 30), tandis que la *prévention ciblée* cherche à identifier des individus qui présentent des problèmes psychologiques ou de comportement et qui sont susceptibles de développer des problèmes de dépendance ultérieurement. Le repérage de ces jeunes plus vulnérables se fait le plus facilement dans le cadre de l'école et des outils de dépistage peuvent être

utilisés. La question du respect des droits de l'enfant en particulier dans les dépistages non volontaires à l'école est notamment abordée dans un article de Bouvier (1998), qui la définit comme inacceptable. Les mesures prises au niveau de la prévention, mais aussi dans tous les efforts pour prévenir la consommation de drogues, ne devraient jamais justifier le non-respect d'autres droits de l'enfant (Barrett & Veerman, 2012).

D'autres mesures sont orientées sur l'attitude des individus face à leur environnement (*prévention comportementale*).

1.10.2 Prévention et droits de l'enfant

Richard Ives (2005) présente deux approches qui répondent de manière différente à l'objectif de réduction du danger. La première est fondée sur la notion de *protection*, et la seconde sur les *droits*. L'auteur relève que la CDE a marqué un virage dans les tendances et que la deuxième approche commence à prendre de l'importance depuis quelques années.

Hanson (2008) définit différentes écoles de pensée sur les droits de l'enfant. Le débat porte sur quatre éléments principaux qui, selon où chacun se place, vont influencer les droits de l'enfant²⁴.

1. L'image de l'enfant

- « Pas-encore » (*Becoming*) : l'image de l'enfant est limitée à celle d'un être en devenir, et la réflexion se fait par rapport à son développement et son bien-être futur.

- « Déjà » (*Being*) : l'enfant est un être ici et maintenant, il a des droits, des envies et des revendications.

2. La capacité : la question est de savoir ce que l'enfant peut déjà ou ne peut pas encore faire et est fortement liée à la notion de capacités évolutives qui est explicitée plus bas. Certains dispositifs permettent de vérifier ce qu'il peut faire ou non au niveau pratique ou empirique, comme les tests développés par Piaget. Cependant, le débat ne se limite pas à une vision empirique, et les tests servent souvent à prouver ce que le chercheur pose comme une hypothèse au départ. Ainsi, ce sera l'incapacité de l'enfant qui sera mesurée si le chercheur veut prouver

²⁴ Cours « Enfants et droits humains » du Professeur Karl Hanson, automne 2010, MIDE.

qu'il n'est pas capable, et vice-versa. La capacité dépend également du contexte et il faut se méfier des généralités.

- **Débat sur les valeurs et les intérêts** : c'est l'idée ici de ce que l'on pense juste ou injuste. La responsabilité pénale est un bon exemple de ce débat. Souvent, il existe une vision politique préétablie qui défend telle ou telle valeur citoyenne. Le choix des faits que la société décide de criminaliser dépend de ce débat sur les valeurs. La limitation de l'âge pour l'achat d'alcool ou de cigarettes en est un exemple et varie d'un pays à l'autre.

- **Débat stratégique** : la question est de savoir à qui revient le fardeau de la preuve. L'enfant peut être considéré comme étant a priori soit « capable, à moins que... », soit « incapable, à moins que... »²⁵. Dans les deux cas, celui qui a le fardeau de la preuve est désavantagé.

3. Droits de l'enfant : l'accent est-il mis sur la protection, la participation ou les prestations ?

4. Dilemme de la différence : les deux positions sont celle des droits spéciaux et des droits égaux. La première considère les enfants comme un groupe spécifique qui a droit à un traitement spécial sur la base de leurs particularités, avec le risque d'amener de nouvelles formes de discrimination. La seconde part du principe que les enfants ont les mêmes droits que les adultes, avec le risque ici de ne pas tenir compte de certaines caractéristiques qui les rendent plus vulnérables (immaturité physique, émotionnelle, ...) et de n'être ainsi pas assez adaptée à leurs spécificités.

Un idéaltype peut être distingué selon chaque position :

²⁵ Cf. Figure 2 : écoles de pensée en droits de l'enfant.

Figure 2: écoles de pensée en droits de l'enfant²⁶

	Paternalisme	Bien-être	Emancipation	Libération (anti-paternalisme)
<i>Image de l'enfant</i>	Dépendant – Un être en devenir	Un être en devenir et présent	Un être présent et en devenir	Indépendant – un être présent
<i>Capacité</i>	Incapable	Incapable, à moins que	Capable, à moins que	Capable
<i>Droits de l'enfant</i>	Pas de droits subjectifs Protection	Protection Prestations Participation	Participation Prestations Protection	Droit à l'autonomie Participation
<i>Dilemme de la différence</i>	Droits spéciaux	Droits spéciaux – Droits égaux	Droits égaux – Droits spéciaux	Droits égaux

La position dominante est encore proche de l'école paternaliste. L'article 33, qui a déjà été cité, parle de « protéger les enfants ». Dans la perspective axée sur la protection citée par Ives (2005), protéger les enfants contre les méfaits de la drogue (qui ont déjà été présentés) est éthique et nécessaire, et la société doit mettre en place des mesures adéquates. L'approche protection est cependant parfois considérée comme exagérée, car les dangers liés à la drogue ne seraient pas plus grands que ceux liés à des activités socialement acceptées telles que l'abus d'alcool ou de médicaments, qui ont pourtant un taux de mortalité plus élevé (Ives, 2005).

Comme souligné dans le chapitre sur les conséquences de la consommation de drogues, les dangers existent tout de même, tant pour la personne elle-même et pour son entourage que pour la société. Le plus manifeste est celui de la dépendance, qui est parfois utilisée comme motif pour imposer un traitement en se basant sur le fait que ces personnes « ne sont plus capables de prendre les décisions allant dans le sens de leurs intérêts » (Ives, 2005, p. 46). Cependant, le fait que d'autres types de dépendance, comme le jeu compulsif, se rapprochent de ce qu'on observe chez les toxicodépendants, suggère que les caractéristiques chimiques ne sont pas seules en cause. Les facteurs de risque sont d'ailleurs

²⁶ Tiré du powerpoint du cours « Enfants et droits humains » du 27.09.2010 du Professeur Karl Hanson, MIDE.

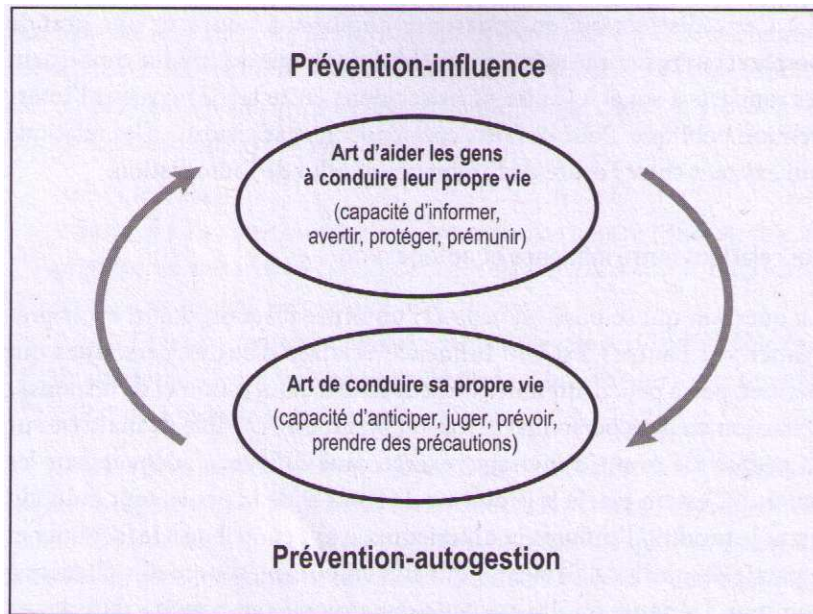
nombreux comme on l'a vu plus haut. On retrouve donc les concepts de réduction des risques dans ce genre de discours. Lorsqu'il s'agit d'enfants, toutefois, le devoir de protection est important sur le plan éthique et ce à cause de « leur immaturité - physique intellectuelle et émotionnelle - et de leur inexpérience, et par conséquent leur plus grande vulnérabilité potentielle aux problèmes liés à la drogue » (Ives, 2005, p. 47). L'immaturité et l'inexpérience ne sont cependant pas les mêmes lors de la petite enfance ou à la fin de l'adolescence. L'un des enjeux essentiels de cette dernière période est de savoir fixer des limites, mais en adaptant la marge de manœuvre laissée au jeune. L'article 5 de la CDE mentionne, en parlant de l'enfant, la notion de « développement de ses capacités ».

Dans les pays plus pauvres, les enfants sont généralement davantage indépendants sur le plan social et économique et courent le risque d'une surresponsabilisation, alors que dans les pays occidentaux comme la Suisse les enfants sont au contraire très dépendants et requièrent plus de protection. Cette situation justifierait que les opportunités de décision et les prises de responsabilité soient réduites, ce qui contribuerait à maintenir les enfants dans cet état de dépendance²⁷. La « downward spiral » de Lansdown schématise ce phénomène (Stoecklin, 2009) en relevant que plus l'enfant est dépendant moins il participe, et vice-versa. Les capacités évolutives des enfants varient avec leur âge et leur degré de maturité et vont permettre d'accomplir certaines étapes par eux-mêmes. Il est nécessaire d'en tenir compte dans les interventions auprès de la jeunesse.

Dans le domaine de la prévention, il existe deux types qui sont reliés entre eux. Il s'agit de la prévention-influence et de la prévention-autogestion, présentées par Brisson (2010). Dans le terme même de prévention se trouve l'idée de donner des informations à l'avance, « avertir, mettre en garde contre l'indésirable et prendre les mesures en conséquence : cela renvoie à l'art d'intervenir pour aider les gens à conduire leur propre vie » (Brisson, 2010, p.34). Dans ce cas, la prévention renvoie à des « formes d'influence sur autrui qui visent à assurer leur bien-être. (Prévenir signifie également) agir à l'avance, devancer, anticiper quelque chose d'indésirable (ou de désirable) de façon à pouvoir l'éviter ou le favoriser : cela renvoie à l'art de conduire sa propre vie. (Dans ce deuxième cas), prévenir relève d'une forme de maîtrise de soi afin d'assurer son propre bonheur » (Brisson, 2010, p.34).

²⁷ Cours de sociologie de l'enfance du Professeur Daniel Stoecklin, automne 2010, MIDE.

Figure 3 : « Relation entre les ordres de l'influence et de l'autogestion, en prévention » (Brisson, 2010, p. 36)



La transmission des compétences dans la prévention de la consommation de drogues a été abordée par Ives (2005) et se retrouve dans l'ouvrage de Brisson (2010). Ce dernier souligne l'importance, dans le cadre de la famille, de la « nature de la guidance, de l'éducation et de l'amour reçu » (p. 37). En effet, c'est grâce à un bon encadrement que le jeune va pouvoir élaborer ses repères et être en mesure d'apprécier les risques que comporte une situation et agir ainsi de manière adéquate. Le développement de valeurs telles que la curiosité, la créativité, le jugement critique, l'ouverture d'esprit et l'expérimentation va permettre à l'enfant de mener ses propres recherches, d'avoir du discernement ainsi qu'une réflexion critique sur les situations rencontrées. L'amour transmis par le milieu familial permettra quant à lui le développement d'une estime de soi positive et d'un réservoir affectif suffisant. Dans le champ du privé, les parents sont ainsi les « premiers véritables agents de prévention » (Brisson, 2010, p. 39) et l'intervention-autogestion renvoie à l'autonomie personnelle.

Dans le champ public, il est question d'*autodétermination collective*, c'est-à-dire « la capacité, pour un groupe ou une communauté, d'exercer un contrôle sur son développement à partir de la capacité à gérer démocratiquement les risques et les aléas du cours de l'existence » (Brisson, 2010, p. 39). L'auteur souligne encore qu'« une intervention sociale réussie, d'un point de vue préventif, est celle qui permet de développer chez des groupes et collectivités une véritable capacité

d'autodétermination. A l'inverse, l'intervention sociale peu concluante au plan préventif maintiendra ces groupes et collectivités dans une situation de dépendance (aux institutions, aux experts, aux politiques de l'Etat, etc.) » (Brisson, 2010, p.40).

Un continuum des rapports qui existent entre les intervenants et ceux qui sont les objets de l'intervention peut être établi.

Figure 4 : « Le continuum des rapports d'intervention et les caractéristiques impliquées » (Brisson, 2010, p. 41)

Agir sur	Agir pour	Agir avec	Capacité d'agir
<i>Pouvoir sur</i>	<i>Pouvoir pour</i>	<i>Pouvoir avec</i>	<i>Appropriation du pouvoir</i>
définir pour autrui l'indésirable et imposer les mesures	définir pour autrui l'indésirable et légitimer les mesures	définir conjointement l'indésirable et les mesures	l'autre définit de façon autonome l'indésirable et les mesures
contrôle	normalisation	participation	autogestion
..... INFLUENCE			

En fonction de l'âge et des capacités de l'enfant, le rapport avec la fonction de contrôle des parents évoluera vers une normalisation, puis une participation, pour aboutir enfin à l'autogestion.

La notion de participation revient à nouveau et rappelle l'objectif de la CDE. L'autogestion telle que présentée par l'auteur serait plutôt applicable au jeune adulte, tandis que la notion de participation permet une définition commune de ce qui est indésirable et des mesures qui peuvent être prises. La transition à cette étape participative se fait généralement à l'adolescence et favorise la communication avec les adultes, de même que l'empowerment des jeunes, qui sont encouragés à se positionner et à mobiliser leurs connaissances et leur capacité pour prendre des décisions dans des situations concrètes. Donner au jeune la possibilité d'exprimer son opinion et d'être entendu répond à l'article 12 de la CDE et fait partie du processus de responsabilisation nécessaire pour atteindre le stade adulte. Il ne faut pas se limiter à donner des conseils ou des ordres aux jeunes, mais également l'écouter et lui témoigner de la confiance. « Seul cet apprentissage de la responsabilisation à travers des essais et des erreurs et, surtout, la réciprocité d'un échange avec le parent, pourra faire de jeunes gens en croissance des adultes capables

d'autonomie » (Brisson, 2010, p.44). Une telle attention prend en considération l'intérêt supérieur de l'enfant (art. 3, CDE) et la notion de capacité évolutive décrite plus haut (art. 5, CDE) dans le rapport entre les parents et leurs enfants.

Sur le plan public, la relation parentale est transposée symboliquement par différents acteurs sociaux tels que les enseignants, les animateurs culturels, les intervenants sociaux, les entraîneurs de sport, les représentants politiques, les médias, etc. L'intervention à ce niveau est difficile pour de nombreuses raisons. En effet, l'intervenant véhicule un héritage personnel, accompagné d'une culture spécifique, qui limitent ses capacités d'intervenir auprès de jeunes de culture et de provenance diverses, et dont le degré d'autonomie acquise est difficilement estimable. L'évaluation de la capacité du jeune et la connaissance des particularités de la situation devraient permettre d'éviter de donner trop d'autonomie à un jeune qui n'a pas encore la capacité de juger la gravité de ses actes ou, au contraire, de mettre en place un travail d'accompagnement et de guidance trop serrés qui empêcheront le jeune de se responsabiliser et d'acquérir une plus grande autonomie (Brisson, 2010).

Les informations dispensées aux jeunes doivent, pour répondre aux exigences de la CDE (article 17), également tenir compte des capacités de chaque enfant. Le rôle des médias dans les problématiques qui concernent la jeunesse est extrêmement important, mais les actions ne doivent pas se limiter à l'interdiction - par exemple de publicité pour certains produits - mais également porter sur la transmission de compétences médiatiques et sur l'accompagnement et la formation aux médias avec un ou des adulte(s) de référence²⁸.

Cette approche de la prévention permet de tenir compte des capacités évolutives de l'enfant, tout en s'attachant à développer ses capacités personnelles et ses ressources sociales, c'est-à-dire sa « capabilité » selon les termes d'Amartya Sen. Hebeisen (2011) souligne d'ailleurs que le risque de récurrence diminue si l'on réussit à « promouvoir les compétences personnelles et sociales » du jeune (p. 72). L'auteur fait référence à la violence juvénile, mais on peut tirer un parallèle avec les problèmes de consommation.

²⁸ Pour plus de détails voir Süss, Hipeli, Bodmer, et Genner, 2010.

En Suisse, de nombreux programmes de prévention existent et certains de ceux qu'Hebeisen (2011) mentionne dans le thème de la violence peuvent être également cités pour les jeunes consommateurs.

Les programmes d'intégration donnent la possibilité aux mineurs immigrants d'améliorer leur adaptation aux normes suisses.

Les éducateurs de rue et animateurs jeunesse travaillent quant à eux sur la présentation et l'offre d'autres activités et loisirs aux jeunes, afin de réduire les risques liés aux bandes et au trafic inhérents à la rue. De nouveaux modèles de comportement sont également proposés et permettent de faire prendre conscience aux jeunes de leur responsabilité par rapport à leurs actes. *Les parents* bénéficient aussi de services spécialisés qui cherchent à les impliquer ou du moins à les encadrer dans leur rôle.

La police, pour sa part, « assume bien souvent un rôle de conseil ou d'avertissement et entretient depuis quelques années des services pour la jeunesse et des centres de prévention » (Hebeisen, 2011, p.71).

Il est intéressant de relever que les idées et les différents points présentés par Brisson correspondent tout à fait à l'esprit du mouvement des droits de l'enfant, mais que l'auteur n'y fait absolument pas référence. Le jeune y est en effet considéré comme un sujet, qui n'est pas seulement l'objet des actions de prévention.

La prévention ne peut cependant pas faire de miracle et la consommation de produits illicites par les jeunes ne peut être complètement évitée. En Suisse, dans de telles situations, c'est la Loi fédérale régissant la condition pénale des mineurs (Droit pénal des mineurs, DPMIn [311.11]) qui intervient.

1.11 Répression

1.11.1 Le droit pénal des mineurs en Suisse

Avant de présenter le droit pénal, notons que les condamnations pénales ne touchent que 2% des mineurs (Hebeisen, 2011). Le décalage entre les statistiques et les sentiments subjectifs autour du thème de la délinquance juvénile semble s'agrandir et il convient parfois de nuancer ce qui figure dans les journaux ou qui est débattu en politique.

Contrairement au droit pénal des adultes, qui fait correspondre à un acte une sanction, le droit pénal des mineurs propose une palette de mesures pour un même acte. L'objectif est de travailler sur la personnalité du jeune au travers de mesures « pédagogiques et thérapeutiques et de le guider vers une vie autonome et responsable » (Hebeisen, 2011, p.72). Cela demande une prise en compte de la globalité des facteurs de la situation d'infraction. Les relations familiales, l'entourage proche, la scolarité, la santé psychique, etc. sont tous des critères qui guideront le jugement.

Le nouveau droit pénal des mineurs (DPMIn) du 20 juin 2003 est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2007. Il s'applique aux jeunes âgés de 10 à 18 ans révolus, c'est-à-dire à partir de l'apparition de la responsabilité pénale et jusqu'à la majorité. La grande nouveauté a été l'instauration du cumul mesure-peine, c'est-à-dire qu'un mineur qui a enfreint la loi peut se voir infliger d'une part une peine (une prestation personnelle par exemple) et d'autre part une ou plusieurs mesures de protection. Le jeune est idéalement amené à bénéficier d'un projet éducatif qui l'encourage à modifier son comportement et à réintégrer la société, tout en assumant les conséquences de ses actes dans une sanction. La mise en place concrète de ce système peut poser des problèmes d'ordre organisationnel. Identifier le meilleur moment pour appliquer la sanction par rapport au projet éducatif nécessite de considérer chaque cas individuellement, mais ce choix n'est pas toujours possible et la sanction s'applique en fonction d'autres impératifs²⁹.

Les statistiques montrent que ce sont les mesures éducatives et thérapeutiques qui sont les réponses les plus fréquemment choisies, conformément à l'orientation pédagogique du DPMIn. De plus en plus de mesures ambulatoires ont été mises en place, alors que le nombre de placements, de mesures d'assistance personnelle et de surveillance (ces dernières n'existent que depuis l'entrée en vigueur du DPMIn le 1^{er} janvier 2007) ont moins évolué. Les mesures ambulatoires restreignent peu la liberté individuelle, alors qu'un placement réduit significativement l'autodétermination de l'enfant (Hebeisen, 2011). En reprenant le continuum de Brisson (2010), on pourrait classer le placement d'un jeune consommateur dans le rapport de contrôle³⁰, tandis que les mesures ambulatoires permettent de se placer, selon la situation, soit dans un rapport de négociation, soit de participation. L'objectif de toutes les mesures reste cependant l'autogestion.

²⁹ Séance du Comité de la Fontanelle, 6 mars 2012.

³⁰ Sauf dans certains cas, par exemple lorsque l'enfant n'a plus de parents.

On trouve différentes peines et mesures dans le système pénal suisse.

Les peines

- La réprimande

L'objectif de cette peine, la plus légère du catalogue, est de permettre au jeune de prendre conscience de sa faute et des conséquences éventuelles d'une poursuite de son comportement et, ainsi, de prévenir la récidive.

- La prestation personnelle

La prestation personnelle consiste, pour le jeune, à fournir une prestation en travail au profit d'une institution sociale, d'une œuvre d'utilité publique, de personnes ayant besoin d'aide ou du lésé. La prestation doit être adaptée à l'âge et aux capacités du mineur et n'est pas rémunérée (art. 23 al.1 DPMIn). Elle peut également se présenter sous une autre forme, comme par exemple l'obligation de suivre un cours.

- L'amende

Le plafond de l'amende est fixé à 2000 CHF et celle-ci ne peut être infligée qu'aux jeunes âgés de 15 ans révolus au moins. Une conversion en prestations personnelles peut être demandée par le mineur, solution qui permet au jeune de se responsabiliser. Toutefois, Viredaz (2010) relève que dans les cas notamment où le jeune est assisté d'un avocat, les conseils de ce dernier, tout utiles qu'ils soient, pourraient entraver l'engagement du jeune dans une vraie réflexion et responsabilisation.

- La privation de liberté

La peine privative de liberté ne peut être prononcée que pour des délits graves commis par un jeune âgé d'au moins 15 ans au moment de l'acte. Le plus souvent, elle est prononcée avec sursis. L'article 37 de la CDE exige la séparation des mineurs et des adultes en détention et, en Suisse, le premier établissement romand réservé aux mineurs et adapté à leurs besoins devrait voir le jour à Palézieux en 2013. Il aura pour objectif la réinsertion des jeunes et, pour cela, combinera privation de liberté et accompagnement socio-éducatif. Ainsi, non seulement la CDE mais également l'article 28 de la loi fédérale sur la procédure pénale applicable aux mineurs seront respectées. Un centre réservé aux garçons est déjà actif à Pramont, en Valais, et une institution pour les filles est prévue à Cornaux, dans le canton de Neuchâtel. On

peut craindre, avec ces nouvelles structures, une augmentation de la fréquence des détentions. En effet, les autorités judiciaires des cantons qui disposent de ce genre d'établissement prononceraient plus souvent des peines privatives de liberté que les autres cantons, alors que la fréquence des infractions n'augmente pas.³¹

Les mesures

- La mesure de surveillance

Lorsqu'un enfant présente un comportement déviant, la mesure de surveillance permet de vérifier la capacité des parents à le prendre en charge et à lui assurer un bon développement. Ce rôle est attribué à un professionnel et, si l'intrusion de l'Etat peut être plus ou moins importante, elle reste subsidiaire à celle des parents (Viredaz, 2010).

- L'assistance personnelle

Lorsque la mesure de surveillance n'est pas suffisante, une mesure d'assistance peut être mise place. Un professionnel s'occupe particulièrement de l'éducation, de la formation scolaire et professionnelle, des loisirs et de la santé de l'enfant.

- Le traitement ambulatoire

Cette mesure ambulatoire permet de répondre « aux besoins thérapeutiques du jeune, plutôt qu'à ses carences éducatives » (Viredaz, 2010, p.96) et peut être cumulée avec les autres mesures de protection pénales. Parmi les jeunes touchés par cette mesure, l'article 14 alinéa 1 du DPMIn cite ceux qui souffrent d'un trouble, d'une toxicodépendance ou d'une autre addiction. Dans le cas de la toxicodépendance, le traitement thérapeutique est souvent associé à des mesures éducatives. Il n'est pas rare d'observer des comportements de consommation, même s'ils ne correspondent pas à la définition de la toxicodépendance, mais qui influencent néanmoins le développement du jeune et son investissement scolaire ou dans l'institution dans laquelle il peut être placé. Si un jeune condamné ou en placement refuse un traitement ambulatoire, la probabilité que ce dernier réussisse est fortement réduite. Ainsi, lors d'une peine privative de liberté, la condition du recours à un traitement est que le jeune soit ouvert à le suivre (Viredaz, 2010).

- Le placement

Lorsque les autres mesures ne suffisent pas pour « assurer la prise en charge éducative et/ou thérapeutique du jeune » (Viredaz, 2010, p.96), une mesure de

³¹ http://www.humanrights.ch/fr/Suisse/interieure/Poursuite/Detention/idart_8764-content.html, page consultée le 10 mai 2012.

placement est prononcée. Le placement peut être fait en milieu ouvert ou fermé. En milieu ouvert, il se fait chez des particuliers ou dans un établissement d'éducation ou de traitement (art. 15 al. 1 DPMin).

Quant au placement en établissement fermé, l'autorité de jugement ne peut l'ordonner que:

a. si la protection personnelle ou le traitement du trouble psychique du mineur l'exigent impérativement; ou

b. si l'état du mineur représente une grave menace pour des tiers et que cette mesure est nécessaire pour les protéger

(art. 15 al. 2 DPMin).

Lorsque l'objectif est thérapeutique, les placements en milieu ouvert ou fermé exigent qu'une expertise médicale ou psychologique en ait constaté la nécessité (art. 15 al. 3 DPMin).

Les mesures de droit pénal peuvent se prolonger au maximum jusqu'à l'âge de 22 ans selon la loi, mais des discussions sont en cours au niveau politique pour faire passer cette limite à 25 ans révolus.

1.11.2 Les jeunes adultes

La problématique de la transition entre la période de l'adolescence et l'âge adulte, étudiée en sociologie et en psychologie (voir à ce sujet Fournier, 2002 ; Anatrella, 2003), se retrouve dans le droit pénal de plusieurs pays européens. La Suisse est l'un des systèmes le moins souple, mais prévoit dans son droit pénal un aménagement pour les jeunes adultes dont l'infraction a été commise lorsqu'ils étaient âgés entre 18 et 25 ans et « qu'ils souffraient de graves troubles du développement de la personnalité » (Viredaz, 2010, p. 109). Ces mesures applicables aux jeunes adultes se trouvent à l'article 61 du Code pénal suisse (CP)[RS 311.0] et ont des objectifs éducatifs.

7. Conclusion

Les droits de l'enfant concernent toutes les étapes de la toxicodépendance. Au cours de ce travail, il a été relevé à quel point le terme de toxicodépendance est réducteur et que le problème lié aux drogues s'inscrit dans un processus où interviennent de nombreuses variables et dont l'évolution n'est pas linéaire. Un jeune qui consomme occasionnellement du cannabis ne peut être traité de la même manière qu'un adolescent qui présente des symptômes de la dépendance au sens du DSM-IV et qui s'injecte de l'héroïne par voie intraveineuse. Les causes et les facteurs de risque sont multiples et souvent combinés ; ils ne permettent donc pas de prédire des comportements mais parfois de les expliquer, ainsi que d'identifier les situations et/ou comportements susceptibles de contribuer au développement d'une consommation problématique chez le jeune. La connaissance de ces facteurs de risque est un outil indispensable pour une prévention ciblée ou sélective. L'OEDDT (2011) souligne dans son rapport européen que les contacts avec les groupes qui souffrent d'exclusion sociale, comme les adolescents qui décrochent au niveau scolaire, les immigrants ou encore les jeunes sans abri, se limitent la plupart du temps à des aspects administratifs. Une attention particulière devrait être portée à cette population à risque de marginalisation. Les droits de l'enfant cités au sujet de la consommation de produits illicites doivent en effet être appliqués à tout enfant, sans distinction aucune, selon les termes de l'article 2 de la CDE.

Les jeunes placés dans des établissements ouverts ou fermés devraient également avoir l'occasion de parler de leur problème de consommation, dans une perspective qui les considère comme des sujets et non des objets. Les styles de prévention fondés uniquement sur la crainte ou l'interdiction ne portent en effet que peu de fruits. Prendre en compte la perspective du jeune face à un comportement potentiellement dangereux pourrait améliorer l'impact de la prise en charge sur son évolution.

Comme relevé dans l'introduction, la plupart des recherches sur le thème de la consommation et de la jeunesse se centrent sur le tabac et l'alcool. Ces deux substances posent en effet de nombreux problèmes de santé publique et la consommation de drogues est souvent associée à celle de l'alcool. Ce travail ne s'est pas penché spécifiquement sur ces substances, mais les recommandations

relatives aux interventions seraient les mêmes. La question de l'évaluation des capacités de l'enfant et le processus de responsabilisation sont cruciaux si l'on veut s'inscrire dans une approche respectant les droits de l'enfant. Celle-ci permet de travailler avec l'enfant en respectant les différentes étapes de son développement et de l'intégrer progressivement dans les diverses interventions. La participation des enfants et des jeunes devrait se faire à tous les niveaux des interventions et cela dans le cadre de chacun des quatre piliers qui ont été exposés. Informer et donner à l'enfant les compétences pour discerner le comportement approprié augmente sa capacité et est un outil précieux pour qu'il apprenne à se responsabiliser et à devenir adulte.

Le triangle drogue-personnalité-milieu de Olievenstein et repris par Lucchini a eu le mérite de dépasser les explications en termes de causalité simple. Cependant, le recours au système de l'acteur et à l'outil qui en dérive (kaléidoscope de l'expérience, Stoecklin, 2009) - ou à un autre support du même type - pourrait permettre d'approfondir cette triade et d'y inclure un élément primordial qui est la participation du sujet à la définition de sa situation. Cette approche tirée d'une lecture compréhensive de la Convention des droits de l'enfant permet de s'écarter du déterminisme qui prévaut dans la plupart des recherches sur la toxicodépendance et d'y apporter un nouvel éclairage. Cela confirme ainsi notre deuxième hypothèse, qui stipulait que l'approche des droits de l'enfant permettrait d'amener un regard nouveau sur le problème de la consommation de drogues. Le kaléidoscope de l'expérience permettrait non seulement d'analyser l'expérience actuelle des jeunes, mais pourrait également être utilisé de manière projective, en demandant par exemple à des adolescents en processus de désintoxication ou de réinsertion sociale de décrire leur perception de leur situation future.

L'intérêt supérieur de l'enfant exige beaucoup de précautions afin de se placer dans la bonne case du tableau du continuum des rapports d'intervention selon Brisson (2010). Pour atteindre cet objectif, le droit des enfants à la participation est primordial. Le jeune devrait être entendu tant dans le droit pénal que dans le droit civil et administratif et à toutes les étapes de son jugement jusqu'à sa réinsertion sociale.

Des ouvrages récents suivent l'optique de la CDE sans la mentionner, et il serait intéressant, dans une recherche future, d'examiner dans quelle mesure les droits de l'enfant sont pris en considération dans la prise en charge et comment ils sont concrètement respectés par les intervenants. Sensibiliser les parents à cette approche des droits pourrait également les aider à redéfinir leur rapport avec leur enfant, en respectant leur droit tant à la protection qu'à la participation, et en adaptant le poids donné à l'une ou à l'autre en fonction des capacités du jeune.

Finalement, ce travail de recherche a permis de confirmer l'hypothèse que la littérature sur la consommation de drogues en lien avec les droits de l'enfant est encore très limitée. L'approche des droits de l'enfant, et plus particulièrement une approche fondée sur les droits participatifs, amènerait de surcroît des éléments novateurs et utiles pouvant déboucher sur de nouveaux terrains de recherche et de nouvelles formes d'interventions.

A côté de ces différents apports, quelques limites peuvent être relevées. En effet, au cours de sa rédaction, le contenu s'est quelque peu éloigné de la question de recherche de base, qui avait motivé le sujet de ce travail. Effectivement, la littérature qui concerne les droits de l'enfant en lien avec la consommation de drogues s'est avérée très pauvre, ce qui aurait dû être souligné ponctuellement au cours du travail afin d'apporter davantage d'éléments d'analyse dans les parties plus descriptives. A travers cette première constatation, une deuxième question a alors émergé. Cette dernière était présente dans la seconde hypothèse mais a finalement incarné une nouvelle question de recherche, qui est de savoir ce que la perspective des droits de l'enfant apporterait à la thématique de la consommation de drogues chez les jeunes.

Arrivé au terme de ce mémoire, le lecteur aura sans doute remarqué une évolution, opérée au cours du travail, vers un ensemble de pistes très intéressantes qui pourraient être intégrées à une intervention sur la toxicodépendance selon une approche "droits de l'enfant". Une recherche appliquée devrait permettre de tester et d'approfondir différentes questions et suggestions qui sont ressorties de ce travail. Ce volet dépassait le cadre du présent mémoire.

8. Références bibliographiques

American Psychiatric Association. (2004). *MINI DSM-IV-TR. Critères diagnostiques* (Washington DC, 2000). Traduction française par J.D. Guelfi *et al.* Paris : Masson.

Anatrella, T. (2003). Les "adolescents". *Etudes* 7(399), 37-47.

Ausloos, G. (2005). *La compétence des familles : temps, chaos, processus*. Ramonville Saint-Agne : Erès.

Barrett, D., & Veerman, P.E. (2012). *A commentary on the United Nation Convention on the Rights of the Child, Article 33: Protection from Narcotic, Drugs and Psychotropic Substances*. Boston: Brill.

Becker, H.S. (1985). *Outsiders, étude de sociologie de la déviance*. Paris : Ed. A.M. Métailié.

Becker, J.B., & Hu, M. (2008). Sex differences in drug abuse. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 29(1), 36–47.

Bendettini, M. (2002). « L'entrée du phénomène de la toxicomanie dans les prisons ». *Comité Européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, CPT*, [en ligne]. Page consultée le 5 avril 2012. <http://www.cpt.coe.int/fr/documents-travail/cpt-2002-13-fra.pdf>

Bouvier, P. (1998). Dépistages non volontaires de drogues à l'école : sont-ils utiles, sont-ils acceptables ? A propos de l'introduction de dépistages dans des écoles privées de Suisse romande. *Médecine et Hygiène*, 56(2232), 2282-2290.

Briefer, J.F. (2002). Intégration sociale et psychopathologie chez les usagers de drogues. *Psychotropes*, 1(8), 23-41. <http://www.cairn.info/revue-psychotropes-2002-1-page-23.htm>

Brisson, P. (2010). *Prévention des toxicomanies*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Comité des droits de l'enfant (2003). *Observation générale n°4. La santé et le développement de l'adolescent dans le contexte de la Convention relative aux droits de l'enfant*. Genève : ONU. Haut-Commissariat aux droits de l'homme, [en ligne]. Page consultée le 20 mars 2012. [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/CRC.GC.2003.4.Fr?OpenDocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/CRC.GC.2003.4.Fr?OpenDocument)

Comité spécial du sénat sur les drogues illicites (2002). « Le cannabis : positions pour un régime de politique publique pour le Canada. Rapport du comité spécial du sénat sur les drogues illicites ». *Parlement du Canada*, [en ligne]. Page consultée le 24 janvier 2012. <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/371/ille/rep/repfinalvol1-f.htm>

Confédération suisse (2011). « Remise de drogue aux enfants et aux adolescents : durcissement des peines dès le 1er juillet 2011 ». *Confédération suisse*, [en ligne]. Page consultée le 10 février 2012. <http://www.bag.admin.ch/aktuell.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=fr&msg-id=39299>

Cusson, M. (2002). *Prévenir la délinquance : les méthodes efficaces*. Paris : Presses Universitaires de France.

Dashefsky, A. (1976). *Ethnic Identity in Society*. Chicago: Rand McNally.

Doba, K., & Nandrino, J.L. (2010). Existe-t-il une typologie familiale dans les pathologies addictives ? Revue critique de la littérature sur les familles d'adolescents présentant des troubles alimentaires ou des conduites de dépendance aux substances. *Psychologie française*, 55, 355–371.

Dobbs, D. (2011). Beautiful Brains. *National Geographic*, 220(4), 36-59.

Fournier, M. (2002). Tableaux de jeunesse : Le monde des jeunes. *Sciences humaines* 127, 32-35.

Fragnière, J.P., & Girod, R. (1998). *Dictionnaire de Politique Sociale*. Lausanne: Réalités sociales.

Gauthier, B., Bertrand, K., & Nolin, P. (2010). Famille et traitement de la toxicomanie chez les adolescents : étude de cas. *Enfances, Famille, Générations*, 13, 129-150.

Gervasoni, J.P., & Gadiant, N. (2009). *Etude des jeunes consommateurs de drogues dures à Bienne et Berne*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

Gulotta, T.P., Adams, G.R., & Montemayor, R. (Eds). (1995). *Substance Misuse in Adolescence*. London : Sage Publications.

Hawkins, J.D., Catalano, R.E., & Miller, J.Y. (1992). Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-105.

Hanson, K. (2008). *Schools of thought in children's rights*. Sion: Institut Universitaire Kurt Bösch.

Hebeisen, D. (2011). Le nouveau droit pénal des mineurs ; historique, contexte, situation actuelle, expérience, possibilités et limites. In Prévention Suisse de la Criminalité (Ed.), *Les jeunes et la violence* (pp. 63-76). Berne : Stämpfli Editions.

Ives, R. (2005). Prévention et éducation. In Sansoy P., Ambroselli, C., Padieu, R., Ives, R., Masar, O., Anokhina, I.P, Pelipas, V.E., Tsetlin, M.G., Svedberg, E., Martins, L., Mellish, T., Simon, O., Stachel, R., Gravier, B., Stocco, P., & Ruiz de Vabuena, A. *Regard éthique - La toxicomanie* (pp. 45-58). Strasbourg : Editions du Conseil de l'Europe.

Jeanrenaud, C., Widmer, G., & Pellegrini, S. (2005). *Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse*. Neuchâtel : Université de Neuchâtel.

Killias, M. (2009). « Commentaires sur Peter Reuter / Dominic Schnoz *Assessing Drug Problems and Policies in Switzerland, 1998-2007* ». Confédération suisse, [en ligne]. Page consultée le 12 février 2012. <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00624/06044/07683/index.html?lang=fr>.

Lawless, M., et Cox, G. (2000). *From residential drug treatment to employment: final report*. Dublin : Merchants Quay Ireland.

Lucchini, R. (1983). *Identité et toxicodépendance*. Fribourg : Editions universitaires Fribourg.

Lucchini, R. (1985). *Drogues et société*. Fribourg : Editions universitaires Fribourg.

Lucchini, R. (1992). *L'enfant de la rue et la consommation de drogue au Brésil : réflexion sur la toxicodépendance*. (Working papers). Fribourg : Editions universitaires Fribourg.

Lucchini, R. (1993). *Enfant de la rue : identité, sociabilité, drogue*. Genève : Droz.

Morin, E. (2003). Sur l'interdisciplinarité. In *L'Autre Forum, Journal des Professeurs de l'Université de Montréal* 7(3), 5-10.

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2009). « Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention ». *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, [en ligne]. Page consultée le 10 février 2012. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2010). «Thematic paper — Children's voices: experiences and perceptions of European children on drug and alcohol issues ». *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, [en ligne]. Page consulté le 10 février 2012. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/childrens-voices>.

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2011). *Rapport annuel 2011 : état du phénomène de la drogue en Europe*. Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne.

Office fédéral de la statistique (2005). « 5 années de statistique des jugements pénaux des mineurs (1999-2003) ». Droit et justice, (0351-0501-20). Office fédéral de la statistique, [en ligne]. Page consulté le 10 janvier 2012. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/19/22/press.html?pressID=3171>.

Office fédéral de la santé publique (2006). *La politique suisse en matière de drogue. Troisième programme de mesures de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro III) 2006–2011*. Berne : Office fédéral de la santé publique.

Olievenstein, C., & Prada, C. (2002). *Comme un ange cannibale. Drogue, adolescents, société*. Paris : Odile Jacob.

Olszewski, D., Burkhart, G., & Bo, A. (2010). *Children's voices: experiences and perceptions of European children on drug and alcohol issues*. Luxembourg: The Publications Office of the European Union.

OMS (1977). *Health Needs of Adolescents*. Report of a WHO expert Committee, Technical Report, Serie n° 609. Genève : Editions de l'OMS.

OMS (2004). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence : summary*. Genève : Editions de l'OMS.

OMS (2005). *Programme d'orientation sur la santé des adolescents destiné aux prestataires de soins de santé*. Genève : Editions de l'OMS.

ONU (1989). *Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant*. Genève : ONU.

Pelet, A. (2010). Addiction : l'égalité face aux substances ? *Revue Médicale Suisse* 6, 1452-1454.

Ray, P. (2010). The participation of children living in the poorest and most difficult situations. In B. Percy-Smith & N. Thomas (Eds), *A Handbook of Children and Young People's Participation* (pp. 64-65). New York: Routledge.

Reuter, P., & Schnoz, D. (2009). *Assessing Drug Problems and Policies in Switzerland, 1998-2007*. Zurich: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF).

Richard, D., Senon, J.L., & Valleur, M. (2004). *Dictionnaire des drogues et des dépendances*. Paris : Larousse.

Sanfaçon, D. (2005). Drogues et dommages sociaux - Revue de littérature internationale. *Observatoire français des drogues et des toxicomanies*, [en ligne]. Page consultée le 10 février 2012. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap05/2pdf//publi/rapports/rap05/domsoc05.pdf>

Savary, J.F. (2007). La politique suisse en matière de drogues: le modèle des 4 piliers, historique et perspectives. *Groupement romand d'études des addictions*, [en ligne]. Page consulté le 12 avril 2012. http://www.grea.ch/sites/default/files/Savary_2007%28a%29.pdf

Steinberg, L. (2010). A behavioral scientist looks at the science of adolescent brain development. *Brain and Cognition*, 72(1),160–164.

Stoecklin, D. (2009). L'enfant acteur et l'approche participative. In J. Zermatten & D. Stoecklin (Eds.), *Le droit des enfants de participer. Norme juridique et réalité pratique : contribution à un nouveau contrat social* (pp. 47-71). Sion : IUKB/IDE.

Süss, D., Hipeli, E., Bodmer, M., & Genner, S. (2011). La violence dans et par les médias. In Prévention Suisse de la Criminalité (Ed.), *Les jeunes et la violence* (pp. 175-202). Berne : Stämpfli Editions.

UNICEF (2011). « La situation des enfants dans le monde en 2011. L'adolescence : l'âge de tous les possibles ». *Fonds des Nations Unies pour l'enfance*, [en ligne]. Page consultée le 10 février 2012. <http://www.unicef.org/sowc2011>

Verhellen, E. (1999). *La Convention relative aux droits de l'enfant : contexte, motifs, stratégies, grandes lignes*. Louvain : Garant.

Viredaz, B. (2010). Le système de sanctions suisse pour mineurs et jeunes adultes. In Kuhn, A., Vogler, F., Steiner, S., Dittman, V., & Bessler, C. (Eds.), *Les jeunes et la criminalité* (pp. 89-116). Berne : Stämpfli Editions.

Windlin, B., Delgrande Jordan, M. & Kuntsche, E. (2011). *Konsum psychoaktiver Substanzen Jugendlicher in der Schweiz - Zeitliche Entwicklungen und aktueller Stand Resultate der internationalen Studie «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC)*. Lausanne: Addiction Suisse.

Zermatten, J. (2003). *L'intérêt supérieur de l'enfant, de l'analyse littérale à la portée philosophique*. Working report. Sion : Institut des droits de l'enfant.

Zermatten, J. (2009). Le droit de l'enfant d'exprimer son opinion et d'être entendu (art. 12 CDE). In J. Zermatten & D. Stoecklin (Eds), *Le droit des enfants de participer. Norme juridique et réalité pratique : contribution à un nouveau contrat social* (pp. 13-44). Sion : IUKB/IDE.